

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1931

THÈSE

N°

POUR LE

Doctorat de l'Université de Paris

(Mention Médecine)

PAR

FERNANDO PINTO

Né à San-José de Costa-Rica, le 23 Mai 1907

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Travail de la Clinique Chirurgicale du Professeur P. DELBET

DU RÉTABLISSEMENT CHIRURGICAL

De la Perméabilité Tubaire

Dans les Salpingites Bilatérales

AVEC OBLITÉRATION DES TROMPES

(30 Observations inédites)

Président : M. P. DELBET, Professeur

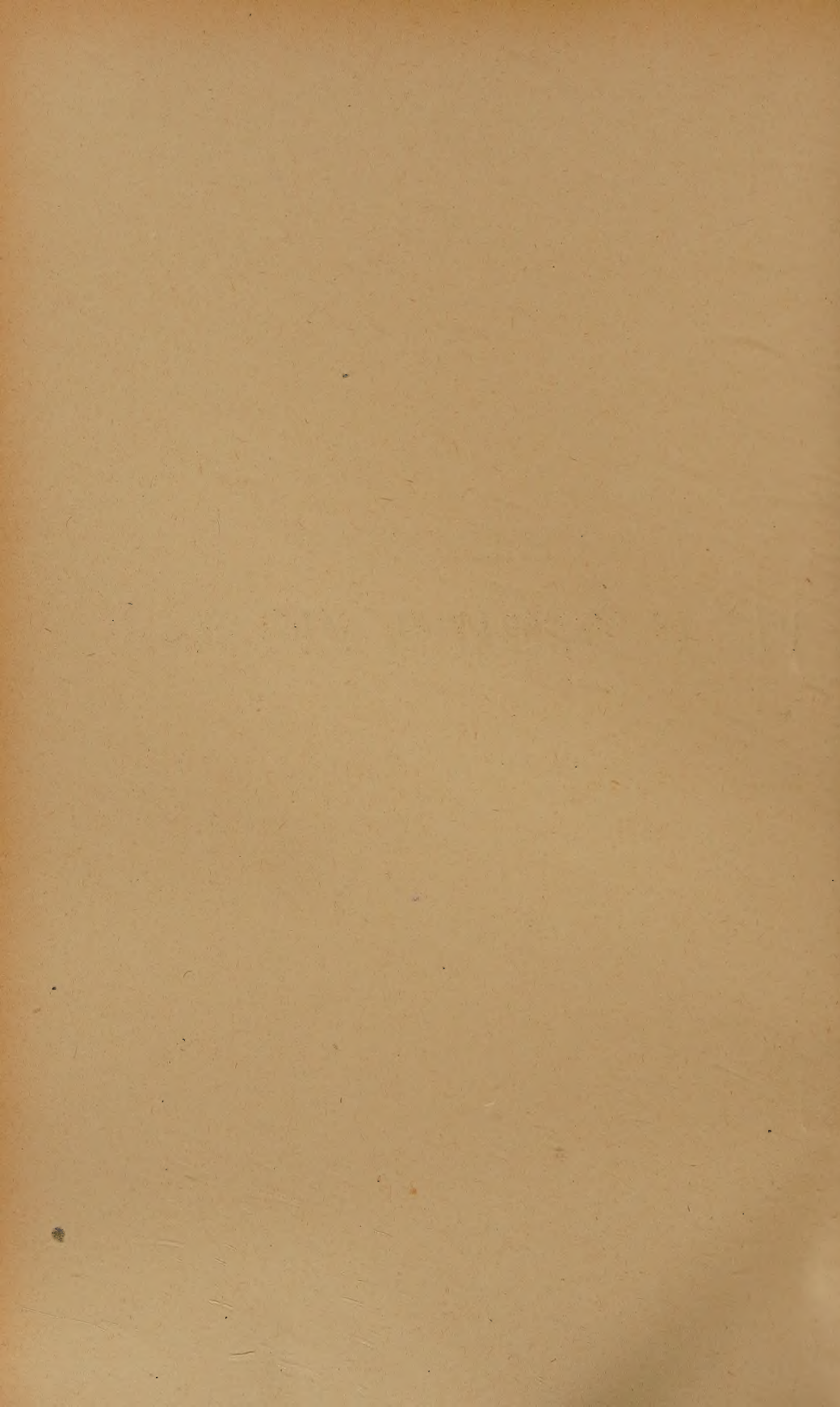
GOURNAY-EN-BRAY

IMPRIMERIE A. LETRESOR

36, Place Nationale

1931

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1931

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Université)

PAR

FERNANDO PINTO

Né à San-José de Costa-Rica, le 23 Mai 1907

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

DU RÉTABLISSEMENT CHIRURGICAL

De la Perméabilité Tubaire

Dans les Salpingites Bilatérales

AVEC OBLITÉRATION DES TROMPES

(30 Observations inédites)

Président de Thèse : M. le Professeur DELBET

GOURNAY-EN-BRAY

IMPRIMERIE A. LETRESOR

36, Place Nationale

1931

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale	DESGREZ
Bactériologie	LEMIERRE
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOIN
Pathologie médicale	CLERC
Pathologie chirurgicale	LENORMANT
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	CHAMPY
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFENEAU
Thérapeutique	LOEPER
Hygiène et médecine préventive.....	TANON
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MÉNÉTRIÉR
Pathologie expérimentale et comparée.....	RATHERY
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET
Clinique médicale	CARNOT
	BEZANÇON
	ACHARD
	Marcel LABBÉ
	LERFBOULLET
	NOBÉCOURT
Hygiène et clinique de la première enfance.....	H. CLAUDE
Clinique des maladies des enfants.....	GOUGEROT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GUILLAIN
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	TEISSIER
Clinique des maladies du système nerveux.....	DEL BET
Clinique des maladies infectieuses.....	CUNÉO
Clinique chirurgicale	LEJARS
	GOSSET
Clinique ophtalmologique	TERRIEN
Clinique urologique	LEGUEU
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	BRINDEAU
	JEANNIN
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL
Clinique propédeutique	SERGENT
Clinique de la tuberculose.....	Léon BERNARD
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

JOUANINE .	Neurologie et Psychiatrie
.....	Physiologie
BERTIN	Pathologie médicale.
ARD Henri..	Pathologie médicale.
NNIÉ	Chimie biologique.
CCQ	Pathologie chirurgicale
LE	Pathologie médicale.
ENAT	Pathologie chirurgicale
HALA	Pathologie médicale.
ABROL	Pathologie médicale.
EVALLIER ..	Pathologie médicale.
UDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale
GNON	Physique.
NZELOT	Pathologie médicale.
LE	Obstétrique.
.....	Urologie.
RNIER	Pathologie expérimentale
TINEL	Bactériologie.
PELLIER	Pathologie chirurgicale
OD	Histologie.
RIER	Pathologie médicale.
ELACQUE .	Anatomie.
TINEL	Pathologie médicale.
NNON	Hygiène.
BÉ (Henri)...	Chimie biologique.
OCHE Guy..	Pathologie médicale.

MM.

LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie
HUGUENIN ..	Anatomie pathologique.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale
LÉVY-VALENSI .	Neuro-psychiatrie.
LIAN	Pathologie médicale.
HAZARD	Pharmacologie.
MILLOT	Histologie.
MONDOR	Pathologie chirurgicale
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET .	Pathologie chirurgicale
MOURE	Pathologie chirurgicale
MULON	Histologie.
OBERLING	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PIÉDELIEVRE ..	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUÉNU	Pathologie chirurgicale
RICHET Fils....	Physiologie
SÉZARY	Dermatologie et syphi- lographie.
VALLERY-RADOT	
(Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL ...	Obstétrique.
VELTER	Ophtalmologie.
VERNE	Histologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

QUET	Pharmacologie.
ENIOT	Obstétrique.
ROUX	Anatomie pathologique.
ZIMMERN	Physique.

MM.

LEQUEUX	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
RETTERRER	Histologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI	Clinique médicale
CHIRAY	Clinique médicale
DEBRE	Clinique médicale
DUVOIR	Clinique médicale
FIESSINGER ...	Clinique médicale
LAINEL-LAVASTINE	Clinique médicale
BASSET	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale

MM.

HEITZ-BOYER..	Clinique chirurgicale
MATHIEU	Clinique chirurgicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
LE LORIER.....	Clinique chirurgicale.
LÉVY-SOLAL ...	Clinique obstétricale.
METZGER	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, Professeur sans chaire.

FREY
 CHAILLEY-BERT
 LEDOUX-LEBARD
 WEIL-HALLÉ

{ Chargé du cours de chirurgie orthopédique
 chez l'adulte, pour les accidentés du travail
 les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
 Stomatologie.
 Education physique.
 Radiologie clinique.
 Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Bien faible témoignage de ma profonde reconnaissance et de ma piété filiale.

A MES FRÈRES

A MADEMOISELLE M. RZEPSKA

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DELBET

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

A LA FACULTÉ DE PARIS

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse
et que nous remercions très vivement de
l'admirable enseignement qu'il nous a
donné dans son service.*

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR LEVEUF

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

*Qui nous a fourni les observations
faisant la base de cette thèse et nous a
aidé de ses conseils.*

*Qu'il veuille bien accepter ici, le
témoignage de notre extrême gratitude
et de notre respectueux attachement.*

INTRODUCTION

Nous voudrions dans cette thèse, décrire une conduite nouvelle dans le traitement chirurgical des salpingites bilatérales avec trompes oblitérées et essayer de dégager d'un travail d'ensemble les avantages d'une opération précoce.

Nous chercherons à montrer :

1° Qu'une intervention précoce sur une malade bien préparée est facile, sans danger, et la conservation ou restauration des fonctions physiologiques plus réalisable. Les adhérences sont lâches, faciles à décoller sans hémorragie, car elles sont récentes. Les organes sont souvent peu altérés.

2° Que plus tardivement au contraire, à l'intervention on trouve : des lésions graves des organes (formes atrophiques, hypertrophiques, pyosalpinx, hydrosalpinx), et de voisinage (abcès), qui rendent souvent toute conservation impossible. Dans les cas moins graves on trouve parfois de grosses difficultés pour libérer les annexes des adhérences organisées, très résistantes et qui saignent souvent quand on les détruit; de

plus ces annexes présentent des lésions souvent cicatricielles qui obligent à des opérations de technique délicate et de résultat comme nous le verrons très problématique.

Il n'est pas négligeable non plus d'insister : en dehors du pronostic fonctionnel certainement bien meilleur comme nous le verrons dans les opérations précoces, sur la vie de ces femmes atteintes de salpingite chronique : repos au lit ou sur chaise longue de longue durée, pendant des mois, même des années; cures thermales nombreuses, etc. Si ces traitements de longue durée, peuvent améliorer les douleurs et guérir cliniquement la salpingite, ils n'ont aucune action sur l'oblitération des trompes. C'est le plus souvent pour des algies pelviennes persistantes ou à cause de la stérilité que l'on intervient chirurgicalement. A ce moment tardif comme nous l'avons déjà dit et comme nous le montrerons dans nos observations, ces interventions sont plus graves, difficiles et de résultat bien incertain.

Cette étude sur les opérations précoces nous a été inspirée par notre Maître le Docteur LEVEUF; elle est basée sur un certain nombre d'observations de malades opérées par lui dans le service du Professeur DELBET, depuis le premier janvier 1927. De ces malades nous n'avons pu revoir qu'un certain nombre malgré plusieurs convocations.

ÉTIOLOGIE-PATHOGÈNE

Les salpingo-ovarites ou annexites, sont des affections provoquées par la pénétration et le développement dans les trompes et les ovaires des micro-organismes de la suppuration. Leur fréquence, tout en étant beaucoup moindre que celles de métrites, est cependant encore très grande pendant la vie génitale de la femme, surtout de vingt à trente-cinq ans.

Les annexites sont toutes d'origine infectieuse, et il est de toute évidence que les microbes pyogènes ordinaires, transportés par différentes voies au niveau des trompes et des ovaires y détermineront comme partout ailleurs des réactions morbides et des lésions infectieuses.

Les études bactériologiques ont permis de démontrer que les infections annexielles, sont dues à plusieurs sortes de microbes, dont les plus fréquents, sont ceux qui se trouvent le plus souvent au niveau des voies génitales.

D'après la voie d'accès des agents pathogènes, on peut classer les salpingo-ovarites en trois groupes :

- 1° Les salpingites d'origine utérine ou vaginale;
- 2° Les salpingites d'origine intestinale;
- 3° Les salpingites d'origine sanguine ou métastatique.

1. — *Salpingites d'origine utérine ou vaginale*

GONOCOQUE.

Les métrites blennoragiques, si fréquentes, dont la désespérante chronicité constitue un foyer permanent de contamination, et leur tendance à l'envahissement des trompes, font qu'elles occupent la première place dans l'étiologie des salpingites.

La voie suivie par le gonocoque vers les trompes et les ovaires, est la *muqueuse*. Celle-ci se continue en effet directement de l'utérus dans les trompes, et rien ne s'oppose à ce que l'infection gagnant de proche en proche, gagne peu à peu l'embouchure du pavillon d'où elle envahit le péritoine avoisinant au passage et l'ovaire par sa périphérie. On a objecté à cette façon de voir, que les lésions les plus considérables, siègent toujours dans la région la plus externe de la trompe, tandis que la partie qui avoisine l'utérus resterait saine, ou à peu près. Mais l'infection peut parfaitement se propager au niveau de la partie externe de la trompe sans y laisser des traces durables de son passage. C'est là un phénomène qui s'observe fréquemment et dans des circonstances où nul ne songe à mettre en doute la réalité de la propagation par la muqueuse. L'épididymite d'origine urétrale en est un exemple frappant, et l'on voit bien souvent l'infection venant de l'urètre gagner l'épididyme, en suivant toute la longueur du canal déférent, sans que celle-ci en ressente très manifestement les atteintes.

D'ailleurs lorsqu'on regarde de près, la partie interne de la trompe est très rarement saine lorsque la partie externe est malade; elle n'a pas changé sensiblement de volume, cela est vrai, mais on y rencontre des lésions histologiques parfaitement caractérisées.

STREPTOCOQUE.

Il vient par ordre de fréquence après le gonocoque.

Lés infections *post partum* ou *post abortum* peuvent : soit provoquer une métrite qui pourra infecter secondairement les annexes ou permettre une inoculation directe des trompes et des ovaires par les microbes qui se trouvent infectant la large plaie utérine après l'accouchement, ou la rétention des débris placentaires, si fréquente après les avortements surtout criminels.

Il semble démontré que le streptocoque suit la *voie lymphatique*. Il est certain qu'il y a, entre la muqueuse utérine, les trompes et les ovaires, d'innombrables communications lymphatiques, qui sont plus nombreuses encore, comme le fait remarquer le Professeur DELBET, que ne peuvent le montrer les préparations anatomiques.

Le réseau utérin se continue directement avec le réseau tubaire. Mais entre l'utérus et les trompes d'une part et l'ovaire de l'autre, il y a deux systèmes de communications lymphatiques bien différents. Il y a d'abord des lymphatiques superficiels qui, du pavillon de la trompe par le ligament tubo-ovarien, et de la corne utérine par le ligament utéro-ovarien, communiquent largement avec le réseau superficiel de l'ovaire et avec les lymphatiques sous-péritonéaux de la région. Il y a ensuite des troncs lymphatiques importants situés dans le ligament large, qui, venant surtout de la corne utérine, passent sous le pédicule ovarien et communiquent au niveau de ce point avec des lymphatiques qui, par le hile de l'ovaire pénètrent dans l'épaisseur de la glande.

Il est donc bien évident que les infections microbiennes, envahissant ces différents troncs et réseaux comme les autres troncs et les autres réseaux de l'économie, peuvent parfaitement se propager de l'utérus et des trompes aux ovaires, et réciproquement.

AUTRES MICROBES DE VIRULENCE MOINDRE.

Ils peuvent s'associer avec le streptocoque, mais le plus souvent ils pénètrent par la *voie muqueuse*, à la suite du gonocoque qui, par les lésions qu'il produit lui-même dans les annexes, favorise leur éclosion et exalte leur virulence.

2. — *Salpingites d'origine intestinale*

BACTÉRIUM COLI COMMUNE.

Il peut se trouver seul ou venir se greffer sur une annexite d'autre origine.

Ces salpingites sont le plus souvent consécutives à une appendicite ou à une affection du tube digestif. Le bactérium coli, envahirait également les annexes par *voie lymphatique*, mais pour venir de l'intestin il suivrait une voie anormale, il cheminerait dans les *lymphatiques de nouvelle formation*, qui constituent presque exclusivement la charpente des adhérences, unissant les unes aux autres, les différentes parties du péritoine enflammé. Il y a également entre l'appendice et les annexes droites, des communications lymphatiques, qui siègent dans le petit ligament appendiculo-ovarien. Il n'est donc pas étonnant de voir s'établir entre ces deux organes des relations pathologiques, et les cas d'infection salpingienne, évoluant en même temps qu'une appendicite sont en réalité très communs. Il paraît que la propagation de l'infection de l'appendice à la trompe peut aussi se faire par l'intermédiaire de la séreuse péritonéale, opinion très vraisemblable défendue par BARNSBY, démontrée histologiquement par les Professeurs HARTMANN et LECÈNE.

Il est certain que le bactérium coli ne se rencontre guère que dans les salpingites qui présentent avec le rectum, l'appen-

dice ou les anses grêles des adhérences pathologiques, et l'on sait si ces salpingites sont nombreuses. Cette particularité explique d'ailleurs nombre de rechutes qui se produisent au cours de l'évolution des salpingites chroniques sous l'influence d'une infection venue de l'intestin.

3. — *Salpingites d'origine sanguine ou métastique*

Elles sont dûes à la localisation sur les annexes d'une infection générale. C'est le cas pour les salpingites qui se développent au cours des maladies infectieuses comme la scarlatine, rougeole, variole, grippe, fièvre typhoïde, etc.; mais le plus souvent il s'agit d'accidents graves qui font suite à l'infection puerpérale. On observe des phlébites et des suppurations intra-veineuses qui vont porter au loin les germes pathogènes. Ce sont là, des septicémies suraiguës, parfois même des pyohémies avec apparition dans des points éloignés, de foyers de suppuration secondaires. Si les annexes sont touchées par l'infection, il est rare qu'elles le soient exclusivement. Aussi peut-on en clinique, négliger pour ainsi dire l'étude du rôle de la voie veineuse dans les infections localisées aux annexes.

Nous ne ferons qu'énumérer les salpingites dûes aux infections chroniques telles que la syphilis, la tuberculose et les infections parasitaires qui n'entrent pas dans le cadre de notre étude.

FRÉQUENCE DE CHACUN DE CES MICROBES.

Les recherches anciennes et récentes, sont d'accord pour montrer que le gonocoque est la cause la plus fréquente des lésions inflammatoires des annexes. Les Professeurs HARTMANN et MORAX l'ont trouvé 13 fois sur 33 cas; MENGE, 25 fois sur 100; PANKOFF, dans 43 % des cas, ARMAND, sur

46 observations étudiées, la blennorragie était en cause 43 fois, 2 fois l'infection puerpérale, une fois la tuberculose. FOLKE-HOLTZ a groupé 1.597 observations recueillies à la Clinique gynécologique de l'hôpital de Sabbatsberg à Stockholm, de 1914 à 1923. Dans un tiers des cas (538) l'infection est d'origine gonococcique; dans un dixième des cas (151) elle était d'origine puerpérale; il n'y a eu que 24 lésions tuberculeuses; le reste était d'origine incertaine. CURTIS estime que l'infection est d'origine gonococcique 70 fois sur 100. Mais il ajoute qu'il n'est presque jamais possible de retrouver le gonocoque dans les trompes plus de deux semaines après la disparition de la fièvre et de la leucocytose tandis que le streptocoque persiste très longtemps dans les tissus.

LÉSIONS DUES AU GONOCOQUE ET AU STREPTOCOQUE.

L'infection gonococcique est peu favorable aux opérations qui cherchent à conserver ou à restaurer la fonction génératrice; d'une part, elle entraîne des lésions des muqueuses qui même dans des régions en apparence peu altérées, sont suffisantes pour mettre obstacle à la conception; d'autre part elle expose aux rechutes et aux récidives. D'après CURTIS, la salpingite gonococcique chronique est habituellement une récidive de source externe. Les malades opérées et guéries ne tardent pas à retourner à la source de leurs plaisirs et de leurs peines : elles y retrouvent les uns et les autres (MOCQUOT).

L'infection streptococcique frappe surtout le péritoine et l'ovaire : le streptocoque agit surtout sur les lymphatiques et la séreuse. L'aspect le plus typique d'après CURTIS, est la péri-salpingite sans modifications notables de la lumière ou des parties profondes de la paroi de la trompe. Il ajoute que les streptocoques virulents tendent à laisser des surfaces adhérentes

larges, sans plans de clivage. Cependant en raison de l'intégrité relative des muqueuses, les lésions se prêtent peut-être mieux à la conservation que les lésions gonococciques.

Deuxième point important dans le pronostic des opérations conservatrices et réparatrices :

Si l'infection salpingienne fait suite à une métrite chronique, il faudrait avant l'opération guérir la métrite, pour enlever la cause de nouvelles contaminations qui deviennnent par ce fait une véritable pierre d'achoppement pour les résultats.

Si au contraire l'annexite fait suite à une infection puerpérale ou post-abortum, qui n'ont pas laissé comme séquelle une métrite, au moment de l'opération les lésions utérines sont guéries, et une fois les adhérences utérines et tubaires détruites, la guérison sera plus facile à obtenir.

Le coli bacille comme il vient d'être dit plus haut, peut à la suite d'une appendicite être l'agent pathogène d'une annexite. Ces annexites sont infectées par suite d'adhérences au tube digestif, adhérences sièges de lymphatiques néo-formés. On comprendra l'intérêt d'une intervention précoce, qui en détruisant les adhérences et en enlevant l'appendice évitera des nouvelles contaminations.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les lésions anatomo-pathologiques des salpingites sont extrêmement variables; elles peuvent être unilatérales ou bilatérales, celles-ci sont les plus fréquentes. Les lésions annexielles au début, n'intéressent en général que les trompes et le péritoine avoisinant, qui crée des adhérences unissant aussi bien la trompe à l'ovaire que les annexes à l'utérus et aux parois pelviennes.

Les lésions, comme nous le verrons, augmentent progressivement avec l'âge, mais elles ne sont presque jamais symétriques, il y a une diversité presque constante des lésions chez la malade. Il n'y a pas pour ainsi dire deux cas de suppuration annexielle se ressemblant complètement. Mais il faut bien remarquer que les salpingites au début présentent des lésions légères de la trompe et des adhérences péritonéales lâches, non encore organisées, tandis qu'au fur et à mesure qu'elles évoluent vers la chronicité, elles deviennent plus graves et les ovaires participent à leur tour à l'infection, de même les adhérences péritonéales s'organisent en tissu fibreux. Donc de la salpingite purulente du début aux formes chroniques avec altération notable des parois tubaires, ce n'est qu'une question de temps.

Nous adopterons la classification du Professeur POZZI :
salpingites simples sans oblitération du pavillon et salpingites kystiques avec pavillon oblitéré.

LÉSIONS DE LA TROMPE

A) Salpingites simples : Elles peuvent être aiguës ou chroniques.

1° SALPINGITES AIGUES. Ce sont la salpingite catarrhale et la salpingite purulente. Il n'y a d'ailleurs entre ces deux formes aucune différence essentielle. Ce sont deux stades différents de l'évolution d'un même processus infectieux. Il n'y a pas en réalité, de salpingite purulente qui n'ait commencé par être catarrhale et il n'y a pas de salpingite catarrhale qui ne s'accompagne de quelque manifestation pyogénique.

Salpingite catarrhale. — Dans celle-ci, il n'existe pas d'oblitération, et les lésions que présentent les trompes sont celles de l'inflammation banale.

L'augmentation de volume est à peu près constante; sa surface extérieure est rouge, richement vascularisée, recouverte parfois d'un enduit pseudo-membraneux, les franges du pavillon sont gonflées et souvent repliées sur elles-mêmes à la façon de pétales d'une fleur non épanouie; elles peuvent être agglutinées; mais toujours l'orifice tubaire est perméable. A la coupe la muqueuse tubaire est épaissie; ses replis normaux sont hypertrophiés, à leur surface apparaissent des bourgeons inflammatoires qui leur donnent un aspect végétant. La cavité de la trompe renferme un liquide opalescent et visqueux produit par l'hypersécrétion des glandes.

L'examen histologique montre que les lésions sont surtout marquées dans la muqueuse : L'épithélium de surface a desquamé, les cellules glandulaires sont gonflées et vésiculeuses;

le stroma est infiltré de cellules conjonctives jeunes et de lymphocytes; les vaisseaux sanguins sont nombreux et dilatés; les végétations à la surface des replis sont formées par un tissu embryonnaire. La paroi fibro-musculaire présente des lésions de lymphangite transpariétale.

Salpingite suppurée. — Dans celle-là, il y a un début d'oblitération; elle présente un stade préparatoire du pyosalpinx.

La trompe est plus volumineuse, mais elle est presque toujours modérée et n'acquiert en aucun cas l'importance qu'elle peut prendre dans les salpingites kystiques. La trompe n'atteint pas souvent et ne dépasse guère le volume du doigt. Elle est moins grosse au niveau de son insertion utérine et n'atteint son plus grand diamètre que dans sa moitié externe. Comme elle s'hypertrophie dans tous les sens, sa longueur peut être augmentée, et, par suite de la fixité relative de ses deux extrémités, cette augmentation de longueur l'oblige à décrire des sinuosités plus ou moins accentuées, et détermine des coudures qui peuvent à leur tour provoquer des inégalités dans le calibre de ses différentes parties.

Elle est plus rouge, plus vascularisée, des vaisseaux sinueux courant à sa surface; elle est plus adhérente que dans le cas précédent; les franges du pavillon sont agglutinées solidement pour oblitérer l'orifice tubaire.

A la coupe, la cavité présente un aspect moniliforme; à des zones rétrécies et admettant à peine un stylet, succèdent des zones dilatées, remplies d'un pus crémeux et jaunâtre; l'orifice utérin est perméable et le pus contenu dans les trompes peut s'écouler dans la cavité utérine : la salpingite est encore profluente. La paroi tubaire est épaissie, lardacée et cet épaississement porte principalement sur la muqueuse, qui présente un aspect fongueux et un piqueté hémorragique caractéristiques.

A l'étude histologique, la paroi de la trompe apparaît tout entière infiltrée par des leucocytes poly et mononucléaires et par des cellules conjonctives embryonnaires, qui prennent surtout le type de plasmazellen, cellules rondes très colorables, à noyau volumineux et excentrique. Les plasmazellen se trouvent également dans le pus, de même que leur produit de dégénérescence, les corpuscules de RUSSEL. On rencontre ces plasmazellen dans les types les plus divers d'inflammation aiguë de la trompe.

2° SALPINGITES CHRONIQUES. On distingue la salpingite parenchymateuse hypertrophique, la salpingite atrophique, la salpingite nodulaire.

Salpingite parenchymateuse hypertrophique. — La trompe qui acquiert le volume d'un doigt, quelquefois davantage, présente une couleur violacée : elle est enveloppée d'adhérences; sa consistance est ferme; à la coupe, la lumière est très rétrécie, oblitérée parfois en certains points; la lésion dominante est un énorme épaissement de la paroi tubaire qui porte aussi bien sur les couches musculaires que sur la muqueuse.

Histologiquement, cet épaissement est dû à une prolifération intense du tissu conjonctif jeune dans les diverses couches de la paroi; l'hypertrophie des éléments musculaires est exceptionnelle. MÉRIEL et BASSAL ont trouvé dans un cas, au niveau du chorion de la muqueuse, des néoformations de tissu lymphoïde.

Salpingite atrophique. — Le volume de la trompe est diminué; la consistance en est dure et la coloration plus pâle. La lumière très réduite est parfois comblée par du tissu cic-

triciel. La paroi est tout en entier envahie par du tissu fibreux dense, qui a fait disparaître et remplacer les éléments nobles de l'organe, les fibres musculaires et les cellules épithéliales.

Salpingite nodulaire. — Elle se caractérise par des nodosités disséminées sur la trompe et plus particulièrement dans sa portion isthmique, au voisinage des cornes utérines, dans l'épaisseur desquelles on les rencontre également (JAYLE et COHN).

Ces nodosités dépassent rarement le volume d'une noisette; elles siègent en pleine paroi tubaire recouverte par la séreuse et la muqueuse microscopiquement intactes.

A la coupe, ces nodules sont durs, de couleur grisâtre, avec parfois quelques zones jaunâtres ramollies. Histologiquement, ils sont constitués par un tissu inflammatoire : on peut y rencontrer des cavités, revêtues d'épithélium cylindrique identique à celui qui revêt les glandes de la trompe; le nodule présente alors la structure d'un petit adénofibromyome. Le reste de la trompe présente des lésions de salpingite interstielle.

Ces nodules ont assurément une origine inflammatoire; dans des cas où ils renferment des cavités épithéliales, plusieurs auteurs ont établi l'origine de ces cavités aux dépens des glandes de la muqueuse. La blennorragie est la cause habituelle de la salpingite nodulaire; la tuberculose pourrait aussi la produire (KUNDRAT).

B) Salpingites kystiques : On distingue, d'après le contenu de la trompe dilatée, trois sortes de salpinx : salpingo-ovarite séreuse (*hydrosalpinx*), hématiche (*hématosalpinx*), et purulente (*pyosalpinx*).

Encore ces trois dernières formes ont-elles, au point de vue clinique, beaucoup plus de lignes de contact que de lignes de

démarcation. Il est constant de les confondre et l'on ne reconnaît guère la nature du liquide contenu dans les trompes que lorsqu'on vient à les ouvrir. A part certaines annexites aiguës, fébriles, dans lesquelles l'intensité du symptôme permet d'affirmer la présence du pus, il n'y a pour ainsi dire aucune différence clinique entre les poches annexielles qui contiennent du sang, du pus que son ancienneté a rendu stérile, ou quelque liquide incolore. On peut trouver des formes de transition qui les unissent; on peut voir, par exemple, un kyste séreux ou hydrosalpinx se transformer en pyosalpinx; de même un kyste purulent peut subir une série de modifications capables d'amener la clarification du pus et sa transformation en une collection séreuse ou séro-purulente; enfin des hémorragies répétées peuvent transformer un hydrosalpinx ou un pyosalpinx en hydro-hémato ou pyo-hématosalpinx.

Le *volume* du kyste tubaire est ordinairement assez considérable relativement aux petites dimensions de la trompe saine. Il atteint très souvent celui d'une mandarine, d'une poire, dont il présente souvent la forme, il est même fréquent de le voir dépasser ces dimensions. Les salpingites ne sont pas rares qui peuvent acquérir le volume d'une tête de fœtus, ou même un volume plus considérable encore.

La *paroi* constituée par les divers éléments de la trompe plus ou moins altérés, est très variable dans son épaisseur. Parfois très mince, très fragile, elle est en général épaisse et résistante dans la plus grande partie de sa surface. Il y a presque toujours des points faibles, où se fera de préférence, une rupture au cours des manœuvres de décortication pendant l'extirpation de ces organes.

Les lésions histologiques qu'on y rencontre ne nous arrêteront pas et il en a été suffisamment parlé plus haut. La *muqueuse* est plus ou moins atteinte; elle est généralement très

épaissie, dépouillée par endroit de son épithélium qui laisse à nu les franges. Celles-ci, sous la pression du liquide qui distend la trompe, s'aplatissent contre la paroi à laquelle elles adhèrent quelquefois par leur extrémité libre, en formant ainsi des espaces clos qui peuvent devenir l'origine de petits kystes. En certains endroits les franges s'atrophient complètement et finissent même par disparaître.

La *tunique musculaire* de la trompe qui peut être hypertrophiée, surtout au début et dans les salpingites de petit volume, comme elle l'est dans les salpingites simples, non kystiques, finit au contraire, en général, par s'atrophier de plus en plus, à mesure qu'augmente le volume de la poche. La prolifération conjonctive devient, en revanche, de plus en plus abondante; elle étouffe les cellules musculaires, *si bien que la paroi finit par n'être plus constituée que par du tissu fibreux à peu près pur*. La couche séreuse reste quelquefois intacte et la surface externe de la poche kystique apparaît lisse et brillante. Mais dans la plupart des cas elle est dépolie, recouverte d'adhérences et, dans beaucoup des cas le péritoine qui tapisse la poche n'existe pour ainsi dire plus.

Aucune différence essentielle ne les distingue des salpingites simples, si ce n'est que *les lésions sont seulement plus avancées*, mais le processus est aujourd'hui bien connu par lequel les salpingites simples se transforment peu à peu en salpingites kystiques.

La clef de cette transformation réside tout entière dans le *mécanisme de l'oblitération de la trompe*, parfaitement étudié par REYMOND.

Du côté de l'orifice utérin cette oblitération n'existe pas, ou tout au moins s'il y a oblitération physiologique, il n'y a pas en réalité, oblitération anatomique. La lumière de la trompe reste perméable, mais les liquides injectés ou retenus

dans son intérieur ne peuvent pas passer, ou ne passent que très difficilement. Le Professeur DELBET est très explicite sur ce point. REYMOND, sur 94 trompes examinées à ce point de vue, n'en a pas trouvée une seule complètement oblitérée. Si le liquide ne peut franchir l'orifice utérin, cela tient à des circonstances diverses : boursofflement de la muqueuse, épaissement des parois, manque de souplesse des tissus, coudures et sinuosités du canal tubaire à son origine. Dans un cas de REYMOND, faisant une coupe perpendiculaire à l'axe de la trompe, on a coupé trois fois la lumière. Il peut donc y avoir en ce point des sinuosités extraordinaires dont la pression réciproque ferme complètement le passage. Enfin, le liquide contenu dans les trompes est souvent fort épais et traverse difficilement un orifice étroit.

Donc, au niveau de l'ostium utérin, la trompe reste la plupart du temps physiologiquement obstruée. Du côté de l'orifice péritonéal, il n'est pas de même et l'oblitération est complète. Le mécanisme de la fermeture du pavillon est très intéressant. Il repose sur ce fait que la face externe des franges du pavillon est recouverte par le péritoine. Or c'est aux dépens de cette face externe des franges qui possèdent comme toutes les séreuses, la propriété de créer des adhérences rapides, que se fait l'oblitération. La muqueuse n'y prend aucune part, ou du moins elle n'y prend qu'une part très exceptionnelle.

Sous l'influence de l'infection et de l'inflammation, les franges du pavillon se boursofflent, s'épaississent, adhèrent les unes aux autres par leurs bords, et se rapprochent peu à peu. Le diamètre du pavillon diminue et les franges opposées viennent se mettre au contact les unes des autres. En outre, en s'épaississant, elles se replient sur elles-mêmes, se recroquevillent et tendent à rentrer dans le pavillon; leurs faces séreuses

entrent alors en contact, des adhérences s'établissent entre elles et l'oblitération se trouve réalisée. Le pus et les sécrétions sont alors emprisonnés entre le pavillon complètement oblitéré et l'ostium utérin, qu'ils ne peuvent franchir, et la salpingite kystique est constituée.

Dans d'autres cas, qui ne sont pas rares, et qui, d'après REYMOND seraient même des plus fréquents, la poche kystique serait constituée d'une façon différente, au point de justifier d'une façon absolue le nom de salpingo-ovarite. En effet, cette poche est formée par la trompe dilatée communiquant avec une cavité kystique développée dans l'ovaire, de sorte que la trompe et l'ovaire concourent tous deux à former les parois de la poche. Il se fait une adhérence intime entre le pavillon de la trompe oblitérée et la surface de l'ovaire. Dans celui-ci se développent un ou plusieurs kystes, séreux ou purulents. La paroi qui sépare un de ces kystes, en général le plus gros, de la trompe, au niveau du pavillon adhérent s'amincit de plus en plus sous l'influence de l'augmentation de volume du kyste, et à la suite de l'usure et la rupture de cette paroi, la communication s'établit entre la cavité ovarienne kystique et la cavité tubaire pour constituer la salpingo-ovarite kystique.

C'est là un mécanisme dont les diverses phases ont été prises sur le fait, et dont la réalité ne laisse donc place au doute. Il peut y avoir, entre la cavité ovarienne et la cavité tubaire, un orifice plus ou moins large, parfois une sorte de diaphragme. La communication est d'ailleurs d'autant plus large qu'elle est plus ancienne, et souvent entre la trompe et l'ovaire on ne trouve aucune ligne de démarcation. Il n'y a plus qu'une large poche, et l'ovaire perdu dans ses parois, semble même parfois avoir disparu.

Il est enfin des circonstances dans lesquelles la trompe et l'ovaire communiquent par l'intermédiaire d'une poche ouverte à ses deux extrémités; cette poche serait artificielle et développée dans les adhérences d'une péritonite localisée.

Quel que soit le mécanisme de la formation de la poche kystique et la constitution exacte de ses parois, cette poche existe. Son volume est très variable. Dans bien des cas, la trompe kystique n'est pas sensiblement plus grosse que la trompe enflammée restée perméable. Il faut même regarder avec attention du côté du pavillon pour se convaincre de son oblitération; mais elle est alors, en général, moins régulière que la trompe atteinte de salpingite simple. Cela est assez naturel si l'on songe que la rétention d'un liquide dans l'intérieur de la trompe amène une augmentation de pression qui produit des dilatations et des bosselures de dimensions variables, suivant la résistance de la paroi tubaire à leur niveau.

LÉSIONS DE VOISINAGE. — L'utérus est le plus souvent atteint de métrite chronique surtout au niveau de son fond. Dans les salpingites chroniques, et surtout dans les pyosalpingites, le péritoine pelvien est altéré d'une façon constante au voisinage des organes malades. Au niveau de l'insertion des trompes et des ovaires, la partie supérieure du ligament large est épaissie, elle embrasse pour ainsi dire la trompe qui s'est insinuée entre ses feuillets; le péritoine péri-ovarien et péri-salpingien est épaissi, les organes sont adhérents entre eux et avec les parois pelviennes. Dans les fausses membranes de la péritonite chronique peuvent se développer soit des abcès de voisinage (abcès péri-salpingiens, situés près du pavillon de la trompe ou dans le cul-de-sac de DOUGLAS, soit des collections séreuses placées le plus souvent entre l'ovaire et la trompe).

Quelquefois des fausses membranes englobent dans du

tissu fibreux les organes génitaux, la vessie, l'épiploon, soudent la salpingo-ovarite à l'utérus, à la vessie, à l'intestin, au rectum et surtout au côlon pelvien (péri-sigmoïdite) et font parfois une telle confusion des parties qu'il est difficile de les distinguer les unes des autres.

Ces adhérences sont d'une épaisseur et d'une solidité très variables, qui dépendent de l'intensité de l'infection, de la réaction qui tend à les limiter, *et surtout de l'ancienneté de leur production.*

Les adhérences récentes sont fragiles, légères, ressemblant à de minces toiles d'araignée, et le moindre effort suffit à séparer les organes qu'elles unissent. Plus tard, elles s'épaississent, s'organisent en tissu fibreux, deviennent solides et résistantes, si bien qu'il est impossible de séparer sans rompre les viscères qu'elles accolent.

La fusion des organes adhérents peut être complète; bien plus, il y a parfois une résorption véritable des parois de certains d'entre eux : rectum, sigmoïde, grêle, vessie, vagin; dans ce cas, à la péritonite chronique s'est ajoutée une cellulite pelvienne avec épaissement et induration, et parfois supuration du tissu cellulaire du bassin; les lésions sont alors portées à leur comble.

Il est un point sur lequel nous voulons insister avant tout c'est :

L'IMPORTANCE DE L'ÉVOLUTION DES LÉSIONS

L'évolution anatomo-pathologique des lésions est à peu près semblable pour toutes les salpingo-ovarites; elles débutent par être catarrhales, puis purulentes avec des lésions qui n'intéressent que la muqueuse et le péritoine avoisinant. Il se constitue des adhérences entre l'utérus, les trompes et les ovaires d'une part, et les différents organes du tube digestif (appendice,

anses grêles, S iliaque et rectum), la vessie et les parois de la cavité pelvienne d'autre part. Si ces adhérences au début sont fragiles, légères, ressemblant à des minces toiles d'araignée et le moindre effort avec le bout des doigts suffit à les effondrer; plus tard elles deviennent beaucoup plus épaisses, s'organisent en tissu fibreux solide et très résistant, et rendent la libération des organes un acte chirurgical extrêmement délicat, car il faut les détruire sans rompre les viscères qu'elles accolent. Ces manœuvres de décortication au bistouri ou aux ciseaux, traumatisent les organes que l'on veut libérer et le péritoine du petit bassin; si bien qu'ils saignent assez souvent, cause qui favorise la formation de nouvelles adhérences.

Les trompes au début ont leurs parois sensiblement normales, mais à la phase de chronicité de la salpingite on assiste à une transformation de leurs parois.

Forme parenchymateuse hypertrophique : Hyperplasie intense du tissu conjonctif jeune qui étouffe les éléments musculaires, rétrécit et même oblitère par endroits la lumière de la trompe.

Forme atrophique : Dans laquelle du tissu fibreux dense fait disparaître et remplace les fibres musculaires et les cellules épithéliales et oblitère la lumière salpingienne d'un tissu cicatriciel.

Forme kystique : Ou le pavillon s'oblitère, les parois de la trompe se dilatent, la tunique musculaire s'atrophie et disparaît à mesure qu'augmente le volume de la poche, remplacée par une prolifération conjonctive qui fait des parois de la trompe des parois simplement fibreuses.

Ces types de salpingite chronique sont parmi les plus fréquents, sinon la presque totalité. Les lésions présentées sont très graves.

La simple libération d'adhérences, non exempte de difficulté ou la salpingostomie, opération restauratrice, ne sont pas souvent suivies des grossesses. Cela est du souvent à ce que les trompes, bien que perméables parfois comme le montre l'insufflation ou encore mieux un contrôle radiographique au lipiodol, sont *impropres* à leur rôle physiologique. Leur structure est tellement modifiée, leur pouvoir contractile est nul, ainsi la progression de l'ovule vers l'utérus est impossible.

Les salpingites chroniques qui donnent les meilleurs résultats sont les *salpingites nodulaires*. Ces nodules, en effet, n'oblitérent pas toujours la trompe, ils sont d'origine inflammatoire et regressent souvent lorsque l'utérus est en bonne position. L'ovule pouvant ainsi passer normalement vers la cavité utérine. (Obs. N° VII).

Les *abcès tubo-ovariens* au niveau des franges du pavillon sont aussi de bon pronostic; le pus est généralement stérile et après son évacuation et la libération d'adhérences on pourra voir un *restituto ad integrum*. (Obs. N° VII).

SYMPTOMES, ÉVOLUTION, PRONOSTIC TRAITEMENT

Nous n'avons pas l'intention, de faire un développement complet des symptômes et des formes cliniques des salpingo-ovarites, mais de montrer d'une façon aussi clinique que possible les types d'évolution les plus fréquents.

Par exemple : S'il s'agit d'une femme qui après un accouchement, une fausse couche, ou pendant l'évolution d'une blennorragie et même sans cause appréciable, présente brusquement les signes d'une affection aux allures de pelvi-péritonite : douleurs, fièvre, sensibilité extrême et empâtement de tout le bas-ventre, dont on se rend bien compte par le toucher vaginal combiné au palper abdominal qui, pour ne pas être très douloureux, doit être fait avec une délicatesse infinie.

Ou bien c'est une autre malade qui avait déjà de la métrite; les douleurs du bas-ventre s'accroissent, elles s'étalent en largeur, la température monte et le toucher vaginal fait sentir, de chaque côté de l'utérus les annexes augmentées de volume et douloureuses.

Pour le premier cas à début brusque et état général alarmant, on doit instaurer tout d'abord un traitement médical : repos absolu au lit dans le décubitus dorsal, morphine, glace sur le ventre et diète.

Pour le second cas, à début plus ou moins insidieux, des plus fréquents, on prescrira le repos absolu comme dans le premier cas, la morphine si les douleurs sont très fortes, la diète, et au lieu de la vessie de glace on aura avantage à faire des injections vaginales antiseptiques chaudes à 42° ou 45° et des douches rectales prolongées à 45° ou 50°.

Dans les deux cas on aura recours aux vaccins; pour tous nos malades on a employé le propidon qui raccourcit de

beaucoup la durée de la poussée salpingienne comme nous le montrerons dans nos observations. On doit faire la vaccination au propidon d'une façon précoce; 3 ou 4 injections à 48 heures d'intervalle. La première de 2 cc.; la seconde de 3 cc.; la troisième et la quatrième de 4 cc.

Avec ce traitement dans un temps qui varie suivant les malades entre 8 jours et 3 mois, la fièvre disparaît, les douleurs diminuent ou disparaissent, l'état général et local s'améliore. A ce moment, deux questions se posent :

1° *A quel moment la salpingite est-elle guérie ?*

2° *Quel est l'état de perméabilité de ces trompes ?*

On peut résumer les différentes formes d'évolution des salpingo-ovarites en trois cas :

a) *Premier cas* : Malgré le traitement médical et la vaccination pendant 1 à 3 mois, les douleurs persistent. Le T. V. montre des grosses lésions. Il s'agit de formes graves, que l'on aura très peu de chance d'améliorer par un traitement plus prolongé et la chirurgie conservatrice sera vouée presque fatalement à l'échec. Il est vraisemblable que ces cas sont susceptibles de l'hystérectomie, qu'il vaudrait mieux faire conservatrice; fundique ou subtotale haute, en gardant assez de muqueuse pour que la femme puisse avoir ses règles, et en lui laissant les ovaires ou même un fragment de l'un d'eux.

b) *Deuxième cas* : La poussée aiguë du début après un traitement médical et la vaccination ont laissé très peu de traces, c'est-à-dire : la fièvre a disparu, la malade ne souffre plus. Au toucher : les culs-de-sacs sont libres, l'utérus est mobile, et s'il n'est pas en position normale on peut le placer. C'est surtout chez ces derniers que ces questions se posent. Elles ont

probablement guéri leur salpingite. Mais *quelle est la perméabilité de leurs trompes ?* Le problème est difficile puisque des malades peuvent très bien guérir leur salpingite et avoir des grossesses ultérieures comme on le voit assez fréquemment mais pour en être sûr avant la grossesse, il faudrait faire un examen de la perméabilité tubaire, par moyen de l'insufflation ou plutôt par un examen radiographique au lipiodol.

Ces examens peuvent présenter quelques inconvénients après la poussée de salpingite (réveil possible); mais en manœuvrant avec prudence et en attendant un bon mois après la guérison clinique, on peut faire cet examen sans faire courir des grands risques aux malades, surtout avec le lipiodol qui est nettement antiseptique et très bien toléré par l'organisme. On aura aussi la précaution de désinfecter l'utérus en guérissant la métrite, s'il y en avait. Avec cet examen on a l'avantage que si les trompes sont bouchées, on peut intervenir dans de bonnes conditions, c'est-à-dire quand les adhérences ne sont pas très résistantes ni les parois des trompes altérées, conditions nécessaires pour le succès de l'opération.

c) *Troisième cas* : Est peut-être plus fréquent que les antérieurs; il s'agit d'une malade, chez laquelle après le traitement médical et la vaccination, la fièvre disparaît, l'état général s'améliore, les douleurs diminuent. Au toucher vaginal, on trouve une rétroversion adhérente et absolument irréductible. Ce cas présente pour M. LEVEUF une indication opératoire absolue, puisque dans ces conditions, on peut être certain que les trompes tassées dans le Douglas sont oblitérées et adhérentes.

Exploration de la perméabilité tubaire

L'insufflation et surtout l'examen radiologique après injections opaques (lipiodol), forment un très intéressant chapitre dans le diagnostic de la stérilité; surtout consécutive aux salpingites.

Si l'insufflation nous renseigne sur l'obstruction ou la perméabilité tubaire, le lipiodol nous renseigne sur les mêmes faits et nous montre en plus sur des radiographies, les sièges exacts des obstructions, pour que l'on puisse ainsi tenter de faire une chirurgie réparatrice et donner aux organes malades leurs fonctions physiologiques normales, de même que vérifier le résultat de ces opérations.

Nous étudierons rapidement la technique, résultats, indications et contre-indications de l'insufflation pour nous étendre un peu plus sur les mêmes faits avec le lipiodol qui paraît plus indiqué pour ces examens, puisque ces contre-indications sont plus restreintes, étant donné qu'il est un produit nettement désinfectant, très bien toléré par l'organisme et que d'après certains auteurs il a une action favorable pour la cicatrisation des lésions tubaires.

Le Professeur GRÉGOIRE, en faisant la comparaison des deux méthodes, a dit : « Le diagnostic de la perméabilité tubaire par l'insufflation se fait avec l'oreille. Le diagnostic de la perméabilité tubaire par injection lipiodolée se fait

« par la vue et s'inscrit. Le premier diagnostic est momentané,
« transitoire; le second, permanent et persistant. Ce n'est pas
« le besoin d'une sécurité inutile qui fait dire aux gens de
« robe : *Scripta manent, verba volant*. Je préfère ce qui peut
« être vu par tout le monde à ce que quelques-uns seulement
« ont pu entendre. Je crois même pouvoir dire qu'au point de
« vue moral, on se sent la conscience plus sûre et une autorité
« plus grande le jour où l'on peut proposer une thérapeutique
« dont tout chacun peut contrôler le bien-fondé. Ce point de
« vue serait-il seul qu'il me paraîtrait suffisant pour opter en
« faveur de l'injection lipiodolée dans le diagnostic de l'imper-
« méabilité tubaire. »

INSUFFLATION

C'est RUBIN, en 1919, qui le premier eut l'idée d'envoyer dans les trompes un courant gazeux pour vérifier leur perméabilité. La méthode consiste à injecter, sous une certaine pression, un gaz dans la cavité utérine et à constater s'il franchit ou non l'orifice péritonéal des trompes.

En France, les appareils les plus employés sont ceux de BLOCH-VORMSER, DOUAY, LAURENTIE.

Tout appareil insufflateur comporte :

1° Une sonde intra-utérine, sur laquelle se trouve un bouchon métallique garni de caoutchouc destiné à oblitérer l'orifice cervical.

2° Une source de gaz, oxygène ou air, pouvant communiquer avec une seringue ou un récipient dans lequel le gaz est soumis à une certaine pression.

3° Sur le trajet du tuyau de caoutchouc allant de la source de gaz à l'utérus est interposé un manomètre.

Quel que soit l'appareil utilisé, la technique est sensible-

ment la même : Injecter doucement le courant gazeux dans la cavité utérine qui se remplit peu à peu. Observer au même temps le manomètre qui doit monter lentement. Si la perméabilité est normale, c'est entre 50 et 100 millimètres que le gaz franchit l'orifice tubaire. La pression baisse alors brusquement, tandis que, si l'on ausculte au-dessus et en dehors de la symphyse pubienne, on perçoit un bruit de glouglou ou un léger sifflement. La plupart du temps, la malade accuse une certaine pesanteur dans le bas-ventre et une douleur à l'épaule droite due à l'irritation des branches sous-diaphragmatiques du nerf phrénique.

L'expérimentation a montré que la pression de rupture de la trompe était de 300 millimètres. La pression maxima au cours des examens ne doit jamais dépasser 200 millimètres.

Il est bon de répéter plusieurs fois l'expérience pour être certain du résultat. On ne dépassera cependant pas l'insufflation totale de 150 centimètres cubes.

Résultats :

Nettement positif : L'aiguille descend brusquement de 200 à 100 et même au-dessous.

Faiblement positif : L'aiguille descend de 200 à 150, par petits à-coups.

Négatif : Le manomètre ne fléchit pas même après quelques minutes de pression.

Contre-indications : Infection même légère des voies génitales (vaginite, métrite, salpingite évolutive), hémorragies, période-préménstruelle, troubles cardio-pulmonaires.

Accidents : Rupture tubaire, embolies gazeuses (quelques cas de mort), emphysème du ligament large.

La période favorable pour l'insufflation semble être 8 jours après les règles.

La technique de l'insufflation est très délicate, elle exige une longue pratique. Les résultats ne sont pas absolus, ils varient souvent d'une séance à l'autre. La fuite possible du gaz au niveau du col est une cause d'erreur qu'il n'est pas toujours facile de reconnaître et d'éviter. Elle ne donne qu'un renseignement sur l'ensemble de la perméabilité tubaire, et si les trompes sont oblitérées, l'insufflation est incapable de nous montrer le siège.

INJECTION LIPIODOLÉE

Le contrôle radiologique de la perméabilité tubaire avait été essayé avec diverses substances : collargol, argyrol, bromure de sodium et pâtes bismuthées. Aucune n'a donné satisfaction : les unes ont provoqué des péritonites, les autres pas assez fluides ou pas assez opaques aux rayons X. C'est CARLOS HEUSER, de Buenos-Aires, en 1925, le premier qui a appliqué avec succès le lipiodol aux injections intra-utérines. Dès lors les travaux se sont multipliés dans tous les pays et il est admis que le lipiodol semble jusqu'ici être la substance opaque de choix : Absolument inoffensive, non toxique, nettement antiseptique et très opaque.

Les avantages de l'injection lipiodolée sont bien supérieurs à ceux de l'insufflation, puisqu'elle nous renseigne sur la perméabilité tubaire et en cas d'obstruction, elle nous montre sur des radiographies leur siège exact, autorisant ainsi une intervention réparatrice.

Les indications sont nombreuses, mais nous ne nous occuperons que du diagnostic de la perméabilité tubaire avant de poser le diagnostic opératoire et quelque temps après pour vérifier le résultat.

Les injections répétées de lipiodol ont été employées avec succès dans le traitement de la stérilité d'origine tubaire. Sur 4 cas de stérilité d'origine tubaire guéris par des injections répétées de lipiodol, C. HEUSER a vu chez deux de ses malades le retour à la perméabilité être suivi ultérieurement de grossesse.

Contre-indications : Infection génitale en évolution, période menstruelle et pré-menstruelle, hémorragies.

Il est intéressant d'insister sur l'absence complète d'accidents ou même d'incidents si on s'abstient de le pratiquer quand il est contre-indiqué.

Il y a deux techniques pour le pratiquer : l'une à col ouvert, l'autre à col fermé, celle-ci avec ou sans manomètre. Il semble que la technique à col fermé est la meilleure puisqu'elle donne des résultats constants et comparables.

Nous résumerons la technique suivie par le Docteur E. OUMANSKY qui a fait dans le service 140 examens radiologiques après injection utéro-tubaire de lipiodol, sans le moindre incident.

Les appareils que nous avons utilisés sont :

1° La sonde de M. MOCQUOT (sonde métallique coudée portant à une extrémité un renflement ovalaire suivi d'un pavillon à sa base); il existe trois sondes de calibre différent, qu'on emploie électivement suivant les dimensions de l'orifice cervical et sur lesquelles s'adapte une seringue de verre ordinaire; 2° l'appareil de M. PORCHER, muni d'une sonde métallique dont le mode de remplissage est aisé. Ces appareils sont d'une application facile, bien supportés par les malades. Deux valves maintiennent le vagin ouvert, la cavité vaginale est nettoyée; le col, soigneusement badigeonné de teinture d'iode, est saisi à sa partie supérieure par une pince de MUSEUX et (après qu'on s'est assuré de sa perméabilité à l'aide de l'hys-

téromètre) on introduit la sonde assez profondément pour obtenir au maximum l'obturation du col. Sonde et pince de MUSEUX sont maintenues en place par 3 ou 4 mèches introduites dans le vagin; on enlève les valves et l'on assure le maintien des appareils par l'application d'un bandage en T qui permet le transport des malades. Toutes ces manœuvres sont peu douloureuses, et nous n'avons jamais eu besoin de recourir à l'emploi d'un anesthésique quelconque.

L'injection de lipiodol se fait sous écran, afin que l'observation puisse suivre le progrès du liquide dans l'utérus; le lipiodol est au préalable légèrement chauffé. On pousse l'injection lentement, en ayant soin de maintenir le pavillon étroitement appliqué contre le col, ce dernier étant d'autre part solidement amarré et immobilisé par la pince de MUSEUX; on obtient ainsi une oblitération suffisante pour permettre l'injection de la cavité utérine et la vérification de la perméabilité tubaire. Le liquide doit être injecté lentement, progressivement, avec des temps d'arrêt, qui d'une part, permettent de suivre le mode de remplissage de la cavité utérine, et permettent, d'autre part, d'éviter la production, ou de favoriser l'arrêt de spasmes isthmiques et tubaires qui se produisent assez fréquemment; une pression lente et modérée est le meilleur agent de progression du liquide, elle est aussi une condition de sécurité.

Quand la cavité utérine est pleine, on voit, normalement, après un temps plus ou moins long, les trompes se remplir à leur tour, l'une après l'autre, plus rarement simultanément; elles se présentent avec l'aspect de minces filets interrompus sur leur parcours; peu après le lipiodol passe dans le péritoine sous forme de gouttelettes ou de taches élargies. C'est à ce moment qu'il convient de pratiquer une radiographie.

En réalité, dans nombre de cas, la progression du liquide

à travers le tractus génital est loin d'être aussi aisée. Réserve faite des lésions utérines ou tubaires qui rendent cette progression impossible, il se produit très fréquemment un spasme de l'orifice utérin ou de l'orifice péritonéal de la trompe qui résiste à la pression du liquide et donne initialement une image négative; c'est après plusieurs minutes seulement, dans certains cas, que le spasme cède et que le lipiodol reprend son cours normal. Aussi doit-on attendre avec patience (parfois même 10 et 15 minutes), en évitant d'injecter une nouvelle quantité du liquide ou d'exercer une nouvelle pression qui, loin de la forcer, augmente souvent la résistance. On évite ainsi de conclure prématurément de l'imperméabilité radiologique à l'imperméabilité physiologique.

Quand l'opérateur juge le moment venu, on pratique une radiographie avec un petit diaphragme et dans les conditions les meilleures pour obtenir un maximum de netteté. Si en dépit de toutes précautions, le premier cliché est négatif, il faut pratiquer, 24 heures après l'injection, une *radiographie de contrôle* : on constate alors parfois, sur le second cliché, qu'une petite quantité de lipiodol, retenue dans la trompe, a été évacuée dans le péritoine; parfois au contraire, la persistance d'une image tubaire, distendue par le liquide opaque, confirme le diagnostic d'obstruction.

L'examen terminé, il est prudent de laisser les malades allongées pendant plusieurs heures, bien que nous n'ayons, jusqu'ici, jamais observé d'accidents, même chez des malades qui, exceptionnellement, repartaient à pied peu après l'examen.

Si l'on excepte les réactions douloureuses plus ou moins vives accusées par les malades, au cours, et surtout à la fin de l'injection, nous n'avons, comme il a été dit, jamais observé d'accidents, malgré l'absence de contrôle manométrique : ni réactions douloureuses persistantes dès que l'appareil injecteur

est enlevé, et même dès que l'on cesse d'injecter, les coliques utérines se calment, ni réactions péritonéales, ni réactions thermiques (si l'on excepte une élévation de température de quelques dixièmes de degré le jour de l'examen), ni accidents d'iodisme, bien qu'il nous soit arrivé d'introduire parfois d'assez grandes quantités de liquide dans la cavité péritonéale (plus spécialement au cours des radiographies de contrôle après salpingostomie).

Opérations conservatrices sur les Trompes

La chirurgie conservatrice des annexes a pour but de ménager le plus possible, les fonctions physiologiques; il faudra par suite conserver ou restaurer les annexes. Selon les cas, le résultat sera plus ou moins atteint, en totalité ou en partie, de sorte qu'on pourra faire trois divisions

1° La femme garde la possibilité de la maternité;

2° L'opération n'aura que le but de sauvegarder la menstruation;

3° La femme ne gardera que la sécrétion interne de l'ovaire, cherchant ainsi à éviter les troubles de la ménopause chirurgicale.

De ces trois groupes, nous ne nous occuperons que du premier dans lequel la femme garde la possibilité de la maternité. Dans ce groupe, un fait anatomique domine tous ces aspects pathologiques : la trompe demeure perméable ou est oblitérée. Cette notion est capitale au point de vue physiologique, puisque dans le deuxième cas, la fécondation est interdite. Si dans le premier cas, la chirurgie est conservatrice, dans le deuxième les opérations sur les trompes doivent tenter de

devenir restauratrices; elles ménagent la continuité totale ou partielle du conduit tubaire, et l'ovule pourra continuer à passer par les trompes pour gagner la cavité utérine.

Si le problème est facile à résoudre dans les cas de salpingite unilatérale, en faisant l'ablation des annexes malades, il devient extrêmement délicat dans le cas de salpingite bilatérale. *Si dans les cas récents, ceci est possible et même facile, par une opération sans danger;* dans les salpingites chroniques, la conduite à tenir dépend de l'état des lésions et fort souvent malgré les intentions conservatrices conçues d'avance, on est obligé de faire une hystérectomie, étant donné la résistance et la difficulté pour enlever les adhérences, qui unissent fortement les différents organes entre eux et aux parois pelviennes. Quand malgré l'ancienneté des lésions, une opération conservatrice ou réparatrice peut être envisagée, celle-ci est variable et dépend de l'état des organes. En effet, c'est la variabilité des lésions présentée par une même malade qui a créé les différents procédés que nous allons passer en revue, desquels nous donnerons des résultats plus ou moins éloignés. Ils se combinent souvent dans une même opération.

Ces techniques, souvent compliquées et difficiles à mener à bien, ont été jusqu'à présent employées pour la conservation ou la restauration des organes lésés dont l'évolution se compte par mois et souvent par années.

Les résultats sont variables, souvent mauvais, comme nous le verrons à propos de chacune de ces interventions. A notre avis, la médiocrité de ces résultats, est due à ce que les adhérences trop résistantes et organisées saignent souvent en nappe au cours de l'intervention, cause qui favorise leur reproduction dans les jours qui suivent (LEVEUF); de même que les organes conservés sont très altérés au point de vue histologique,

et malgré leur apparence saine ou cicatricielle, ils ne peuvent plus remplir leurs fonctions physiologiques normales dans la progression de l'ovule vers l'utérus.

DIFFÉRENTES OPÉRATIONS PROPOSÉES POUR LE RÉTABLISSEMENT DE LA PERMÉABILITÉ TUBAIRE DANS LES CAS DE SALPINGITE ANCIENNE :

A) INTERVENTIONS SUR LES TROMPES

Libération d'adhérences ou salpyngolisis

Cette libération de la trompe doit être faite, vis-à-vis du péritoine pariétal, des adhérences viscérales et également vis-à-vis des adhérences tubo-ovariennes. Suivant leur épaisseur et résistance, ces adhérences sont déchirées au doigt ou sectionnées aux ciseaux; mais il ne faudrait point croire, qu'une libération d'adhérences constitue un acte opératoire minime, simple dégagement tubaire des brides péritonéales lâches; parfois l'opération est très laborieuse et dangereuse, étant donné le contact intestinal : il faut en certains cas, sculpter la trompe pour la détacher d'un pelvis où tous les viscères sont englobés par une pelvi-péritonite plastique intense, de sorte qu'elle n'est qu'un premier temps opératoire, comme un acte chirurgical particulièrement délicat.

Cette libération d'adhérences quand elles sont anciennes, en plus d'être difficile et dangereuse, traumatise les trompes et le péritoine du petit bassin. En effet, on voit assez souvent des petites hémorragies en nappe. L'hémorragie déterminant la nouvelle formation d'adhérences, devient un gros obstacle *au succès* de l'opération (LEVEUF).

Étant donné l'ancienneté des lésions, on ne peut presque jamais s'en tenir à une simple libération d'adhérences, mais la

compléter d'une salpingostomie, d'une résection tubaire, etc..., dont il est impossible de préciser le pronostic fonctionnel post-opératoire.

Salpinjectomie unilatérale.

Opération qui consiste dans l'ablation de la trompe jugée trop malade pour être conservée. Les lésions suppurées, les grosses lésions pariétales, les salpingites dites hypertrophiques, noueuses, à trompes fermées en sont les principales indications.

Elle peut se faire, soit par le procédé courant en liant les vaisseaux tubaires; soit sous-séreuse rétrograde de la même façon qu'une ablation d'appendice ou de vésicule biliaire pour ménager le plus possible l'irrigation et l'innervation de l'ovaire conservé (VILLARD).

Castration unilatérale.

C'est l'ablation de la trompe et l'ovaire d'un côté; elle doit être réservée aux grosses lésions tubo-ovariennes.

Sur les organes à conserver on peut pratiquer une des opérations suivantes :

Salpingolyse.

Décrite par GUILLOU (de Lyon), en 1914, c'est une opération qui consiste dans la libération d'adhérences qui unissent entr'elles les franges du pavillon. GUILLOU a publié en 1914 un cas de grossesse consécutive à la simple libération d'une trompe oblitérée par accollement à l'ovaire, une castration ayant été pratiquée sur l'autre annexe.

Expression et cathétérisme.

Ils donnent des mauvais résultats, parce qu'ils traumatisent la muqueuse tubaire.

Aspiration du pus intra-tubaire.

Employé par le Professeur VILLARD, avec l'appareil qui

lui est personnel, paraît ne pas traumatiser les trompes. Il publie dans la Thèse de LABRY (Lyon 1926) un cas de grossesse consécutif.

Salpingostomie.

Opération pratiquée la première fois par SKUTSCH, en 1889, et qui consiste à réséquer le pavillon sur une plus ou moins grande étendue et en refaire un nouveau.

Quelques expériences comme celles de CORNIL et CARNOT, de même que celles de ELFFREDUZZI, concourent à son oblitération rapide. Mais la clinique montre, au contraire par la constatation de grossesses consécutives à la salpingostomie, de même que les examens radiologiques après injection de lipiodol, que, assez souvent, l'orifice nouvellement créé, ne se ferme pas.

De très nombreuses observations d'ablation des annexes d'un côté et salpingostomie de l'autre, ou de salpingostomie bilatérale, suivies de grossesses et accouchements d'enfants vivants ont été publiées; mais il paraît bien difficile de fixer la proportion des succès. MARTIN, sur 65 opérées a vu 2 grossesses. JACOBSON évalue de 2 à 5 % la proportion de grossesses. THALER estime que le succès de la salpingostomie ne se trouve guère que dans 5 % des cas. VILLARD a vu un succès sur 20.

La condition hors laquelle la salpingostomie ne saurait être indiquée, c'est la persistance de la perméabilité du canal tubaire et de l'ostium utérinum. C'est-à-dire que les lésions péri-salpingiennes, puerpérales, de voisinage (appendicite, sigmoïdite) sont plus favorables au succès de l'opération que les endo-salpingiennes d'origine blennorragique. Les Professeurs DELBET, REYMOND, montrent l'extrême rareté de l'oblitération de l'ostium utérin et de la trompe intersti-

tielle dans les salpingites. DANIEL, dans un travail très étudié, distingue l'oblitération anatomique exceptionnelle, de l'oblitération physiologique, plus fréquente, cette dernière se trouvant souvent réalisée indépendamment de la première. Il ne faut pas conclure de la présence d'un peu de liquide séreux (hydrosalpinx), sanguin (hématosalpinx), ou même purulent (pyosalpinx), dans la trompe oblitérée à niveau du pavillon, à l'oblitération forcée de l'extrémité utérine. Il ne faut donc pas de parti pris, enlever la trompe, si un fragment d'ovaire peut être conservé, parce que la salpingostomie rend l'organe utilisable.

Salpingopexie.

Décrite par le Professeur J.-L. FAURE, consiste à fixer les annexes par quelques points de catgut, aux ligaments infondibulo-pelviens; complète heureusement quelques-unes des opérations conservatrices en évitant la chute des annexes dans le Douglas.

Salpingoplastie.

Décrit par VIDAL, en 1900, consiste à inciser longitudinalement un rétrécissement de la trompe et le suturer transversalement. VIDAL a vu un cas de grossesse après salpingostomie, salpingorrhaphie et salpingoplastie.

Salpingorrhaphie.

Préconisée par le Professeur POZZI, consiste à rapprocher de l'ovaire le pavillon tubaire dégagé de ses adhérences, à étaler les franges tubaires à la surface de la g'ande et à l'y fixer par quelques points de catgut.

Salpingo-ovaro-syndèse.

Décrite par CLADO (Thèse d'Ayrolles, 1898-99, Paris), consiste après salpingostomie à rapprocher l'ovaire de la trompe.

La salpingorraphie et la salpingo-ovaro-syndèse trouvent leurs indications seulement dans les cas où une trompe et l'ovaire du côté opposé ayant dû être enlevés, on veut rapprocher et non unir, l'ovaire restant de la trompe restante, car l'union de l'ovaire à la trompe crée des adhérences qui facilitent la formation d'abcès tubo-ovariens.

Réséction du bloc cicatriciel de la trompe et anastomose bout à bout.

LÉONARD PHILIPPS (de Londres, en 1923) en a donné une excellente description. Dans les cas d'obstruction localisée en un point du trajet tubaire, il faut réséquer la portion oblitérée et anastomoser les deux bouts.

Implantation des trompes dans l'utérus.

Opération très délicate qui consiste à faire l'ablation du segment interstitiel de la trompe en cas de sténose et à réimplanter la trompe dans l'utérus.

COTTE (de Lyon), a constaté, chez une de ses opérées, la perméabilité tubaire vingt jours après la réimplantation, à l'aide d'une injection utérine au lipiodol.

B) RESTAURATION DE LA FONCTION DE REPRODUCTION
APRÈS L'ABLATION DES TROMPES.

SOBRE-CASAS (de Buenos-Ayres), en réséquant les trompes à un centimètre de la corne utérine sans la lier et en amenant l'ovaire à son contact par une suture, aurait obtenu 14 grossesses à terme avec enfant vivants sur 115 opérées.

TUFFIER et BOUR réunissent 24 observations sur : l'implantation d'un fragment d'ovaire libre (autogreffe) dans un moignon d'amputation salpingienne, dans l'ostium tubaire utérin et dans la corne utérine, dans lesquelles la grossesse a été possible et a abouti trois fois à un accouchement normal. Les observations de MORRIS citées par TUFFIER et BOUR, montrent que les greffes homoplastiques peuvent être suivies de grossesse.

Autogreffes intra-utérines d'ovaire libre.

Elles peuvent être suivies de grossesse; les expériences chez les animaux et les tentatives chez la femme l'ont prouvé (TUFFIER et BOUR).

Transposition intra-utérine de l'ovaire muni de son pédicule vasculo-nerveux.

Le Professeur HARTMANN, en 1925 résume les travaux de ESTES et TUFFIER sur ces interventions, dans un article qui met d'une façon remarquable la question au point. En 1926, G. SERDUKOFF (de Moscou), apporte deux observations nouvelles dans un intéressant mémoire.

Les résultats de ces opérations sont variables : toutes les 50 malades de TUFFIER ont guéri sans incident sauf une qui a eu un hématome du Douglas guéri par colpotomie. Les règles sont revenues dans la plupart des cas le premier ou le deuxième mois, et elles ne sont souvent troublées ni dans leur rythme, ni dans leur durée; mais aucune d'entre elles n'est devenue enceinte.

ESTES, sur une centaine d'opérées, n'en a pu retrouver que 27 seulement, dont 2 sont devenues enceintes et ont mené leur grossesse à terme. Deux autres femmes auraient eu des fausses couches de trois mois environ, mais il n'y a pas eu de vérification.

L'examen anatomique semble indiquer que l'ovaire subit, sinon toujours, du moins dans certains cas une atrophie progressive, et d'autre part si les risques immédiats ne sont pas graves, le risque d'opérations itératives ne semble pas négligeable. L'opération ne saurait être entreprise qu'avec le consentement de la malade dûment prévenue de ses avantages et de ses risques (MOCQUOT).

Opérations dans les salpingites récentes

L'opération précoce; ce que nous proposons, c'est-à-dire de 3 semaines à 3 mois après la première crise de salpingite, quand la température s'est maintenue aux environs de 37, pendant une à deux semaines. Trois ou quatre injections de propidon raccourcissent de beaucoup la durée de cette crise et stérilisent les lésions.

Si après la poussée aiguë, il persiste une rétroversion adhérente absolument irréductible, si un examen radiologique après injection de lipiodol, conclut à l'oblitération tubaire, il faut opérer ces malades. On leur évite ainsi une opération plus tardive après plusieurs autres crises aiguës pour remédier à leurs algies persistantes ou pour intervenir sur la stérilité consécutive.

Les opérations tardives comme nous venons de le voir, ne peuvent pas toujours être très conservatrices, leurs différentes techniques sont plus ou moins difficiles à exécuter et les résultats très médiocres.

Les femmes acceptent volontiers cette intervention précoce, dont le danger est minime, surtout lorsqu'on leur fait une incision esthétique sus-pubienne basse (Pfannestiel).

Nous allons décrire l'intervention précoce qui consiste dans la simple *libération des adhérences ou salpingolisis*, se complétant parfois d'une *salpingopexie* ou surtout d'une *fixation utérine*.

Libération des adhérences.

Cette libération tubaire doit être faite vis-à-vis du péritoine pariétal, des adhérences viscérales et également vis-à-vis des adhérences tubo-ovariennes. Les adhérences récentes, sont fragiles, légères, ressemblent à des toiles d'araignée et il suffit la plupart du temps d'une simple pression du bout du doigt pour les décoller sans qu'elles saignent (LEVEUF).

Les trompes sont quelquefois rouges, congestionnées et présentent des nodules inflammatoires résiduels. Il faut dégager les trompes du petit bassin, éviter par une technique quelconque qu'elles ne retombent dans le Douglas. Cette précaution est nécessaire pour la rétrocession rapide des lésions inflammatoires des trompes qui semblaient très lésées, pour éviter la formation de nouvelles adhérences, facteur de nouveaux insuccès et obtenir ainsi une guérison définitive.

Comment éviter la chute des annexes ?

La *simple hysteropexie* suffit. En effet, l'utérus redressé les annexes ont tendance à retomber verticalement derrière lui, ils ne peuvent atteindre le fond du Douglas où ils étaient primitivement adhérents. En outre M. LEVEUF est convaincu que la malade une fois mise en position horizontale, l'épiploon et les anses grêles viennent occuper le Douglas et soutiennent en quelque sorte les annexes, mais il prend la précaution avant de fermer, de mettre à plat la malade et repousse vers le Douglas les anses grêles et l'épiploon, organes mobiles qui s'interposent entre les trompes et le péritoine pariétal empêchant de cette sorte la formation de nouvelles adhérences.

L'hystéropexie avec les ligaments ronds (DOLÉRIS), présente à l'avis de M. LEVEUF, l'inconvénient de couder les trompes, surtout quand elles ne sont pas tout à fait guéries.

L'hystéropexie isthmique (DELBET) est préférable, mais certains accoucheurs lui reprochent l'impossibilité de mener à bien une grossesse. On pourrait discuter ces critiques, qui, à notre avis ne sont pas valables lorsque l'hystéropexie est faite tout à fait en bas à l'union de l'isthme et du col. Mais pour éviter toute critique, M. LEVEUF fait des hystéropexies temporaires. Sachant avec quelle rapidité la séreuse péritonéale se reconstitue il a pensé de soutenir l'utérus 12 à 15 jours et de lâcher ensuite les fils de l'hystéropexie.

Observations

ANALYSE ET RÉSULTATS

Sur 447 femmes atteintes de salpingite, entrées dans le service du premier janvier 1927 au 31 décembre 1930 :

273 malades ont été guéries cliniquement par le traitement médical et la vaccination au propidon;

174 ont dû être opérées; entre elles nous relevons :

107 hystérectomies ou salpinxectomies bilatérales, pour des cas où tout espoir de conserver la fonction de reproduction était impossible, à cause des graves lésions présentées par ces organes, de même que la difficulté pour les libérer des adhérences anciennes, très résistantes.

Vingt-deux castrations unilatérales avec annexes de l'autre côté intactes et quarante-cinq conservations dans des cas de salpingite bilatérale. Seulement, ces cas de salpingite bilatérale font l'objet de ce travail, ainsi que nous l'avons déjà dit dans notre introduction, car ils posent vraiment le problème de la conservation, elles sont d'ailleurs à notre avis les plus fréquentes : nous avons noté environ 90 % d'annexites bilatérales par rapport aux cas strictement unilatéraux dont nous ne nous occuperons point.

Sur ces quarante-cinq malades qui font l'objet de notre étude, on a pu revoir ou avoir un contrôle de l'opération de trente seulement.

Nos observations ont été rangées en deux grandes catégories :

1° celles dont l'opération a été faite pendant les premiers trois mois de l'annexite;

2° celles dont l'opération a été exécutée après cette date.

OBSERVATION I

Conservation totale après libération et salpingopexie bilatérale des annexes. Fixation. Section du nerf présacré. Appendicectomie. Bon résultat.

Madame Sa..., Germaine, 29 ans.

Entre dans le service le 26 mai 1928 pour douleurs pelviennes plus marquées à droite.

Début, il y a une dizaine de jours.

Antécédents : Rien à signaler. La crise a débuté brusquement le 15 mai avec douleur vive coupant la respiration, un vomissement ; amélioration les jours suivants.

Actuellement : douleurs plus accentuées du côté droit, constipation. A l'examen : Point de Mac-Burney très net. Au toucher : rétroversion adhérente, sensibilité des culs-de-sac latéraux.

Après opération : Opérée le 5 juin 1928.

Laparatomie médiane. Rétroversion fixée. Couture en S des deux trompes adhérentes aux ligaments ronds et aux ovaires. Non oblitérées. Libération et salpingopexie bilatérale.

Dartigues.

Section du nerf présacré.

Appendicectomie.

Suites opératoires normales.

La malade sort du service le 21 juin 1928.

Revue le 2 mars 1929 : Très bon état, la malade ne souffre plus. Examen local : rien à signaler.

OBSERVATION II

Conservation totale après libération et désoblitération des trompes. Hystéropexie isthmique. Excellent résultat. Fausse couche provoquée.

Mademoiselle Dup..., Madeleine, 25 ans.

Entre dans le service le 4 mars 1930 pour douleurs pelviennes.

Début : quelques jours avant.

Antécédents : Fausse couche il y a un an. Pertes jaunâtres depuis.

Actuellement : douleurs pelviennes, pertes jaunâtres, température 38°5.

Examen : Salpingite bilatérale plus accentuée à gauche. Toucher extrêmement douloureux.

Après préparation : Opérée le 27 mars 1930.

Pfannestiel. Utérus en rétroversion avec annexes tombées dans le Douglas. Libération des annexes assez facile, nombreux filaments de pelvi-péritonite (gono probable) qui sont mous.

L'orifice des trompes est oblitéré. Par des pressions douces on arrive à décoller les trompes sans hémorragie. Les deux trompes sont épaissies, très enflammées, mais la muqueuse du pavillon n'est pas rouge.

Hystéropexie.

Suites opératoires normales.

La malade sort du service en très bon état le 16 avril 1930.

Le 1^{er} septembre 1930, la malade entre dans le service pour arrêt des règles depuis un mois et douleurs dans le bas-ventre. A l'examen, on sent l'utérus petit en avant et une grosse masse, plus grosse qu'un poing dans le Douglas, pas très douloureuse. On hésite entre grossesse extra-utérine et annexes kystiques. La malade reste en observation. Le 6, on pratique

une ponction dans le Douglas avec une aiguille fine; on retire un liquide très clair; deux jours après, la malade perd abondamment, et le lendemain, on est obligé de lui faire un curetage qui ramène des morceaux de placenta.

La malade sort le 15 septembre en parfait état.

OBSERVATION III

Conservation totale, après libération des annexes et salpingostomie bilatérale. Fixation. Très bon résultat.

Madame Ber..., Clémentine, 28 ans.

Entre dans le service le 20 novembre 1930 pour des douleurs pelviennes et lombaires.

Début : il y a huit jours.

Antécédents : une fausse couche, puis deux accouchements normaux. Vaginite et métrite, il y a un an.

Actuellement : douleurs pelviennes et lombaires, constipation, pertes blanches, température 37°8.

Examen : rétroversion adhérente. Salpingite bilatérale plus volumineuse à droite.

Après préparation. Opérée le 9 décembre 1930.

Pfannestiel. Rétroversion adhérente. Salpingite double, les trompes sont adhérentes dans le Douglas. Adhérences relativement lâches mais salpingite parenchymateuse. Salpingostomie double au catgut.

Hystéropexie isthmique.

Suites opératoires normales.

La malade sort du service le 2 janvier 1931.

Revue le 23 janvier 1931 : Très bon état général. Règles normales non douloureuses. Examen local : Rien à signaler.

Radiographie utérine le 30 janvier 1931 : Utérus normal, les trompes sont injectées. Le lipiodol passe dans le péritoine de deux côtés.

OBSERVATION IV

Conservation de l'utérus et des annexes gauches après libération et salpingostomie. Très bon résultat.

Madame Cho..., Denise, 21 ans.

Entre dans le service le 5 avril 1927 pour douleurs pelviennes et métrorragies.

Début : il y a trois semaines.

Antécédents : Accouchement, il y a cinq ans. Pertes blanches depuis longtemps.

Actuellement : pertes rouges depuis le 12 mars, date de ses dernières règles, douleurs dans le bas-ventre, température, 38°7.

Examen : salpingite bilatérale.

Après préparation. Opération le 28 avril 1927.

Laparatomie médiane.

A droite : annexes adhérentes au pelvis et volumineuses. Ablation. Péritonisation difficile faite en partie avec l'S iliaque.

A gauche : trompe volumineuse, adhérente, distendue par le lipiodol qui n'a pas passé. Libération. Salpingostomie avec surjet soigné au catgut. Epiploon rabattu sur l'utérus.

Suites opératoires normales.

La malade sort du service le 18 mai 1927.

Revue le 14 janvier 1931 : Très bon état général. Règles régulières, tout à fait normales. La malade ne souffre pas.

Examen local : rien de particulier.

OBSERVATION V

Conservation de l'utérus et des annexes gauches après salpingostomie. Appendicectomie. Mauvais résultat.

Mademoiselle Clo..., Ernestine, 38 ans.

Entre dans le service le 27 juillet 1927 pour des douleurs pelviennes.

Début : il y a trois semaines.

Antécédents : métrite du col et du corps depuis trois ans.

Actuellement : douleurs pelviennes, température, 37°7.

Examen : Salpingite bilatérale, plus marquée à droite.

Après préparation. Opérée le 19 août 1927.

Laparatomie médiane. Salpingite droite suppurée, adhérences intestinales, trompe gauche adhérente et obstruée.

A droite : ablation des annexes.

A gauche : salpingostomie de la trompe.

Fixation des annexes au rebord du bassin.

Appendicectomie. L'appendice adhérent à la trompe droite.

Suites opératoires normales.

Sort du service le 24 septembre 1927.

Revient le 23 octobre 1928 pour douleurs pelviennes et métrorragies. A l'examen : grosse salpingite du côté restant.

Après préparation : Hystérectomie totale le 24 novembre 1928.

OBSERVATION VI

Conservation totale après libération des annexes. Fixation. Très bon résultat. Grossesse en évolution.

Madame Leg..., Olga, 27 ans.

Entre dans le service le 22 février 1928 pour douleurs pelviennes et métrorragies.

Début : il y a trois semaines.

Antécédents : accouchement normal, il y a deux ans, pertes blanches depuis longtemps. Le 2 février, pertes rouges avec caillots; le 4, fortes douleurs pelviennes, température 39°, pollakiurie, brûlures à la miction. Après un traitement médical de trois semaines, qui a fait descendre la température, mais qui n'a pas amélioré les douleurs, la malade entre dans le service.

Actuellement : douleurs pelviennes.

Examen : Utérus en rétroversion fixée. Salpingite bilatérale.

Après préparation. Opérée le 13 mars 1930.

Pfannestiel. Utérus en rétroversion fixée avec de nombreuses adhérences autour des annexes qui sont prolabées dans le Douglas. Adhérences multiples du grêle et de l'appendice. Ces adhérences sont rouges, mais elles se laissent toutes décoller facilement sans hémorragie. Les trompes sont perméables au niveau du pavillon, tout au moins.

Interposition de l'épiploon qui est sain entre l'utérus, les annexes et le petit bassin. Cette cloison est fixée au péritoine par quelques points de catgut.

Hystéropexie isthmique avec deux fils de soie. L'un des fils se casse au moment où on serrait.

Suites opératoires normales.

La malade sort du service le 2 mars 1928.

— Radio utérine le 9 mai 1928 : Utérus normal, trompe droite perméable, lipiodol dans le péritoine. Trompe gauche injectée, mais le lipiodol ne passe pas.

— Revue, le 6 juillet 1928 : Très bon état général.

Etat local : utérus en bonne position, tient à la paroi antérieure ; du côté droit, un peu d'infiltration douloureuse.

— Revue, le 13 mars 1929 : à peu près la même chose,

entre dans le service pour pyélonéphrite, urétéro-pyélographie, le 25, qui montre une coudure de l'uretère droit expliquant sa pyélonéphrite.

— Opérée le 23 avril pour dégager l'uretère.

Pfannestiel, en excisant la cicatrice de la première opération. L'hystéropexie tient toujours, mais s'est allongée en un pédicule de 5 à 8 millimètres. Libération de l'utérus. L'épiploon présente à peine quelques adhérences en un point de l'utérus et au niveau de la trompe droite. Libération des adhérences.

Le fonds du bassin est parfait, mais paraît cicatriciel, surtout du côté droit. L'uretère droit n'est ni coudé, ni comprimé par rien. La trompe gauche est perméable, la droite aussi après libération facile d'un petit capuchon épiploïque.

Il existe au niveau du fond de l'utérus un fibrome de la dimension d'une reine-claude, et en avant de lui sur la face antérieure, un tout petit fibrome de la grosseur d'une groseille. Ablation du gros fibrome, énucléation du petit.

Hystéropexie qui saigne.

Suites opératoires normales.

La malade sort en très bon état le 19 mai 1929.

— Revue, le 27 septembre 1929 : Etat général et local excellent.

— Revue, le 6 décembre 1929 : crise douloureuse subite dans le ventre du côté droit. Urines claires.

Examen local : Utérus en bonne position; annexes droites douloureuses.

Le 27 février 1930; radiographie utérine : Cavité utérine régulière, un peu grande. Trompe gauche injectée; le lipiodol passe dans le péritoine du côté gauche.

— Revient le 23 avril 1931 : Très bon état général, arrêt des règles depuis le mois de janvier, signes nets de grossesse.

Utérus régulier, augmenté de volume, à trois travers de

doigt au-dessus de la symphyse. Col ramolli. Donc grossesse certaine de deux mois et demi environ.

OBSERVATION VII

Conservation de l'utérus et des annexes droites, après libération et ablation d'un abcès tubo-ovarien. Fixation isthmique temporaire. Excellents résultats. Grossesse, fausse couche provoquée.

Madame Dut..., Marie, 19 ans.

Entre dans le service le 2 août 1927, pour douleurs pelviennes et dysménorrhée.

Début : les premiers jours du mois de juillet 1927.

Antécédents : fausse couche le 11 février 1927. Deuxième fausse couche, le 30 juin de la même année.

Actuellement : douleurs pelviennes, pertes blanches.

Examen : Utérus en rétroversion. Salpingite bilatérale plus marquée à droite.

Après préparation, opérée le 23 août 1927.

Pfannestiel.

A gauche : annexes très malades. Ablation.

A droite : abcès tubo-ovarien. Ablation. La trompe semble oblitérée par deux nodules inflammatoires. On n'y touche pas.

Fixation utérine par un seul catgut pour soulever l'isthme (temporairement).

Suites opératoires normales.

La malade sort le 18 septembre 1927.

Revue, le 13 février 1928 : Souffre toujours au moment de ses règles. Il y a deux mois, retard de dix jours, avec crise douloureuse. Actuellement, retard de onze jours. La malade se trouve mieux qu'avant son opération.

Examen : Utérus en position normale, rien dans les culs-de-sac.

Revue, le 1^{er} juin 1928 : grossesse normale de quatre mois et demi.

Accouchement, le 23 octobre 1928, garçon normal.

Revient à la consultation, le 17 septembre 1929 : On lui diagnostique une deuxième grossesse de deux mois et demi environ. Trois jours après, fausse couche provoquée (par la malade). Fœtus vu dans le service.

OBSERVATION VIII

Conservation de l'utérus, des annexes gauches, après libération et salpingostomie. Appendicectomie. Très bon résultat.

Mademoiselle Bea..., Suzanne, 25 ans.

Entre dans le service, le 27 octobre 1927, pour ménorragies et fortes douleurs pelviennes et lombaires.

Début : le 12 septembre 1927.

Antécédents : un accouchement il y a sept ans; deux fausses couches de deux mois et demi environ, l'une en 1924, l'autre en 1925.

Actuellement : ménorragie et douleurs.

Examen : grosse salpingite bilatérale.

Après préparation, opérée le 12 novembre 1927.

Laparotomie médiané. Utérus normal.

A droite : Masse annexielle adhérente dans le Douglas, se décollant facilement. Ablation de ses annexes.

A gauche : annexes légèrement adhérentes, sort du sang par le pavillon qui est rétréci et qu'on élargit par salpingostomie.

Appendicectomy.

Suites opératoires normales.

La malade sort du service le 1^{er} décembre 1927.

Revue, le 1^{er} mars 1929 : Utérus un peu gros, fixé en légère rétroversion. Annexes gauches perceptibles et douloureuses au toucher.

Revue le 10 avril 1931 : Très bon état général. Règles régulières tout à fait normales. La malade ne souffre pas et peut travailler normalement.

Etat local : Rien à signaler.

OBSERVATION IX

Conservation de l'utérus. A gauche, résection de l'ovaire, libération de la trompe. A droite, libération et salpingostomie. Hystéropexie isthmique. Appendicectomy. Très bon résultat.

Madame Kin..., Marie, 23 ans.

Entre dans le service, le 19 juin 1929, pour métrorragies et dysménorrhée.

Début : mois d'avril 1929.

Antécédents : Accouchement normal en novembre 1928; depuis, pertes blanches. Réglée à nouveau en avril, règles abondantes avec caillots, très douloureuses. Syncopes.

Actuellement : pertes rouges, amaigrissement.

Examen : Rétroversion adhérente et salpingite bilatérale.

Après préparation, opérée le 27 juin 1929.

Pfannestiel. On trouve à droite, des adhérences multiples qui recroquevillent la trompe, englobent l'appendice et l'extrémité de l'ileon (coudure de Lane typique).

A droite : ovaire kystique. Trompe adhérente. Résection de l'ovaire, qui est réduit à une petite bande marginale adhérente au méso. Libération de la trompe dont l'orifice devient perméable.

A gauche : trompe adhérente par salpingite ancienne probable. Libération et salpingostomie.

Hystéropexie isthmique aux fils de lin.

Appendicectomie. Section de la bride de Lane. Péritonisation.

Suites opératoires normales.

La malade sort du service en très bon état, le 23 juillet 29.

Radio utérine, le 22 janvier 1930 : Utérus mal dessiné. Lipiodol largement étalé dans le péritoine.

Revue, le 26 février 1931 : Se plaint de quelques petites douleurs à droite. Bien réglée, ne souffre pas au moment des règles.

Examen local : Rien à signaler.

OBSERVATION X

Conservation totale, après libération des annexes et salpingostomie droite. Hystéropexie. Très bon résultat.

Mademoiselle Me..., Célestine, 20 ans.

Entre dans le service, le 5 février 1929, pour douleurs pelviennes.

Début : il y a un mois.

Antécédents : Toujours un peu de retard dans ses règles, ses dernières règles, le 6 janvier, très douloureuses et très abondantes, la malade a perdu pendant quinze jours avec caillots.

Actuellement : légères douleurs pelviennes.

Examen : Utérus en rétroversion; salpingite bilatérale plus marquée à droite.

Après préparation, opérée le 7 mars 1929.

Pfannestiel. Rétroversion adhérente. Salpingite double, trompes adhérentes et distendues (grosueur du petit doigt).

A droite : trompe cachetée, libération et salpingostomie au fil de lin sans réséquer la muqueuse (qui paraît normale).

A gauche : la trompe dégagée est perméable.

Hystéropexie avec deux fils de soie.

Suites opératoires normales. Cystite quinze jours après.

La malade sort du service, le 27 avril, après un traitement pour sa cystite.

Revue, le 30 septembre 1929 : Se plaint d'avoir des urines troubles ; au cathétérisme, urines très claires. Très bon état général.

Etat local : Rien à signaler.

Le 5 novembre 1929, entre dans le service, parce que urines troubles et brûlures à la miction. A l'examen des urines, nombreux cocci, pas de bacilles tuberculeux. Le 17 novembre, au toucher vaginal, légère salpingite droite; température 37°5. Après trois propidons, température normale. La malade sort le 7 décembre, en très bon état, urines claires, mictions normales.

Radiographie utérine, le 14 septembre 1930 : Utérus normal, trompe gauche bien dessinée. Lipiodol dans le péritoine.

OBSERVATION XI

Conservation de l'utérus et des annexes droites après libération. Fixation. Très bon résultat.

Mademoiselle Bos..., Madeleine, 23 ans.

Entre dans le service, le 3 juillet 1929 pour fausse couche infectée.

Antécédents : accouchement, il y a quatre ans. Hystéropexie, il y a un an.

Actuellement : pertes rouges abondantes avec de gros caillots, douleurs pelviennes, température, 38°4.

Examen : Utérus un peu augmenté de volume, fixé à la paroi antérieure, col entr'ouvert. Empâtement bilatéral, toucher très douloureux.

Après préparation, opérée le 17 septembre 1929.

Laparotomie médiane, par la même incision de l'hystéropexie. Adhérences diffuses de l'épiploon, qui est dégagé et réséqué. La fixation de l'utérus tient lâchement.

A gauche, abcès de l'ovaire. Ablation des annexes.

A droite, la trompe libérée est perméable.

Hystéropexie isthmique.

Suites opératoires normales.

La malade sort du service, le 17 octobre 1929, en très bon état.

Radiographie utérine, le 18 octobre 1930 : Utérus normal. Trompe droite perméable. Lipiodol dans le péritoine.

OBSERVATION XII

Conservation de l'utérus, de l'ovaire droit et des annexes gauches après salpingostomie. Fixation. Très bon résultat. Grossesse en évolution.

Mademoiselle Rug..., Léonie, 26 ans.

Entre dans le service, le 31 mai 1929, pour douleurs pelviennes et métrorragies.

Début apparent : il y a deux mois.

Antécédents : Règles régulières, mais douloureuses depuis des années. Depuis deux mois, métrorragies et douleurs presque constantes.

Actuellement : douleurs, pertes avec caillots, fatigue.

Examen : Rétroversion adhérente. Salpingite bilatérale.

Après préparation, opérée, le 25 juin 1929.

Pfannestiel. Rétroversion très adhérente par salpingite double ancienne.

A droite : Salpinxectomie.

A gauche : libération et salpingostomie pas très satisfaisante.

Hystéropexie isthmique.

Suites opératoires normales. Métrorragie abondante du quatorzième au vingt-quatrième jour.

La malade sort du service en très bon état, le 28 juillet 29.

Revue, le 25 juillet 1930 : Règles régulières, la malade ne souffre pas et a repris son travail depuis longtemps.

Examen : Utérus en bonne position. Rien d'aormal.

Radiographie utérine le même jour : Utérus bien dessiné. Le lipiodol passe dans le péritoine.

Revue, le 4 mai 1931 : La malade vient pour un retard des règles de deux mois; elle présente des signes de grossesse et très bon état général.

Examen local : col ramolli, utérus régulier, augmenté de volume, le fond monte à trois travers de doigt de la symphyse pubienne.

OBSERVATION XIII

Conservation de l'utérus et des annexes gauches après libération. Très bon résultat.

Mademoiselle Rem..., Yvonne, 18 ans.

Entre dans le service, le 12 septembre 1930, pour douleurs pelviennes et pertes blanches.

Début : il y a trois semaines.

Antécédents : Pertes blanches depuis deux mois.

Wassermann positif, le 23 juin 1930.

Actuellement : Douleurs dans le bas-ventre avec prédominance à gauche. Température, 38°2.

Examen : Col utérin repoussé en avant derrière la symphyse par une grosse masse dans le Douglas, qui déborde les culs-de-sac latéraux; elle est dure et douloureuse.

Après préparation, opérée le 7 octobre 1930.

Pfannestiel. Utérus en rétroversion, salpingite double adhérente.

A droite : Ablation des annexes très malades.

A gauche : Libération de la trompe, qui est perméable.

Suites opératoires normales.

La malade sort le 3 novembre 1930, en très bon état.

Radio utérine, le 9 décembre 1930 : Utérus normal. La trompe gauche injectée est perméable.

OBSERVATION XIV

*Conservation totale, après libération et salpingopexie
Fixation. Excellent résultat. Grossesse.*

Madame Lan., Henriette, 27 ans.

Entre dans le service, le 2 août 1927, pour des douleurs pelviennes et des métrorragies.

Début, il y a deux mois et demi environ.

Antécédents : Deux accouchements en 1920 et en 1925, une fausse couche en 1923. Depuis son dernier accouchement, les règles sont un peu irrégulières, métrorragies et fortes douleurs pelviennes depuis deux mois et demi.

Actuellement : douleurs pelviennes et métrorragies.

Examen : rétroversion adhérente; salpingite bilatérale.

Après préparation, opérée le 18 août 1927.

Pfannestiel. Rétroversion adhérente. Libération des adhérences. Les annexes sont prolabées dans le Douglas où elles sont adhérentes. Après libération, les trompes deviennent perméables. Fixation des annexes de deux côtés du bassin.

Doleris.

Appendicectomie.

Suites opératoires normales.

Sort du service, le 5 septembre 1927.

Revue, le 23 décembre 1927 : Légères douleurs pelviennes, règles abondantes, 8 à 9 jours, moins douloureuses, pas de métrorragie. Pertes blanches abondantes.

Examen local : Utérus en bonne position, annexes peu perceptibles.

Le 6 octobre 1930, la malade nous apprend qu'elle a accouché d'une petite fille vivante, le 5 février 1930.

Etat local : Rien à signaler.

OBSERVATION XV

Conservation totale, après libération des annexes et double salpingostomie. Fixation. Très bon résultat.

Madame Cre..., Cécile, 30 ans.

Entre dans le service, le 30 décembre 1930, pour des douleurs pelviennes et lombaires.

Début, il y a trois mois.

Antécédents : depuis quatre mois, pertes jaunâtres.

Actuellement : douleurs pelviennes et lombaires, vomissements, température, 38°.

Examen : Rétroversion; salpingite bilatérale.

Après préparation, opérée le 13 janvier 1931.

Pfannestiel. Rétroversion peu adhérente, trompes recroquevillées et complètement bouchées. Dégagement des trompes. A droite, la trompe est distendue et contient un peu de liquide clair.

Double salpingostomie, en conservant la frange ovarienne.

Hystéropexie isthmique.

Suites opératoires normales.

Radiographie utérine, le 13 février 1931 : Utérus normal, trompes injectées, lipiodol dans le péritoine des deux côtés.

La malade sort du service, le 26 février 1931, en très bon état.

OBSERVATION XVI

Conservation de l'utérus et des annexes droites après libération. Hystéropexie. Bon résultat.

Madame Bou..., Suzanne, 23 ans.

Entre dans le service, le 2 octobre 1929, pour des douleurs pelviennes.

Début, il y a trois mois.

Antécédents : Accouchement difficile en 1925, fausse couche de deux mois en 1926, à la suite de pertes blanches abondantes.

Première crise, au mois de juillet 1929, avec température à 40°. Hospitalisée à Saint-Antoine pendant deux mois, on lui a fait quatre propidons. Elle sort vers le milieu de septembre. Deuxième crise, le 30 septembre 1929.

Actuellement : douleurs pelviennes, pertes blanches, température 38°.

Examen : Rétroversion utérine. Peu de chose à droite.

A gauche, grosse masse mobile et douloureuse de la grosseur du poing.

Après préparation, opérée le 15 octobre 1929.

Pfannestiel. Rétroversion utérine.

A gauche : grosse poche suppurée, adhérente au fond du bassin. Ponction, évacuation du pus et libération de la poche, qui est enlevée. Réinsertion du ligament rond à l'utérus, dont le bord gauche a été reconstitué, par une série de points séparés. Fixation du péritoine au niveau de la tranche de section.

A droite : trompe adhérente avec orifice perméable après libération.

Hystéropexie isthmique.

Suites opératoires : Léger hématome de la paroi, pas de suppuration.

La malade sort du service, le 6 novembre 1929.

Revue, le 25 novembre 1929 : très bon état général.

Examen local : Rien d'anormal, annexes sensibles.

Revue, le 29 septembre 1930 : Etat général et local excellent.

Radiographie utérine, le 1^{er} octobre 1930 : Utérus normal, col très large, laissant refluer le lipiodol dans le vagin. Trompe droite injectée. Pas de lipiodol dans le péritoine.

OBSERVATION XVII

Conservation totale après salpingostomie simple à droite et résection à gauche. Fixation. Résultat bon.

Mademoiselle Osm..., Rosalie, 20 ans.

Entre dans le service, le 26 décembre 1928, pour des ménorragies.

Début, il y a trois mois.

Antécédents : Fausse couche, en juillet 1928, pertes blanches à la suite. Le 15 septembre, crise aiguë de salpingite avec douleurs à gauche. Le 8 octobre, entre à l'Hôtel-Dieu où elle suit un traitement pendant un mois, qui fait diminuer les pertes, mais non les douleurs. Le 17 décembre, au moment de ses règles, les douleurs deviennent plus violentes et la malade continue à perdre jusqu'à son entrée dans le service.

Actuellement : douleurs pelviennes et pertes sanguines.

Examen : Rétroversion irréductible; salpingite bilatérale plus marquée à gauche.

Après préparation, opérée le 12 janvier 1929.

Pfannestiel : Rétroversion avec salpingite bilatérale prolabée dans le Douglas.

A gauche : Libération assez difficile ; il existe une grosse adhérences entre l'ovaire et l'utérus, qu'il faut sectionner pour ramener les annexes. La trompe est rouge, épaissie, le pavillon est bouché. Résection oblique de deux centimètres de trompe en ménageant la frange. Suture au fil de lin vaseliné.

A droite : trompe rouge, épaissie avec pavillon bouché. Salpingite simple en réséquant deux millimètres de trompe.

Hystéropexie isthmique avec deux soies.

Suites opératoires normales.

La malade sort du service, le 11 février 1929, en très bon état.

Le 9 février 1929, radio de contrôle : Gros utérus régulier. Les deux trompes sont injectées. Pas de lipiodol dans le péritoine.

OBSERVATION XVIII

Conservation de l'utérus et des annexes gauches après résection de la trompe et suture bout à bout. Résultat bon.

Mademoiselle Hid..., Anna, 26 ans.

Entre dans le service, le 14 mars 1930, pour douleurs pelviennes et métrorragie.

Début, quatre mois.

Antécédents : Règles normales jusqu'au 27 février. Métrorragie avec caillots, le 12 mars.

Actuellement : Douleurs pelviennes très violentes depuis trois jours, pertes rouges, température 38°.

Examen : Utérus dévié à gauche. Dans le cul-de-sac latéral droit, tumeur irrégulière, assez dure et mobile au-dessous de l'ovaire.

Après préparation, opérée le 29 mars 1930.

Laparotomie médiane.

A droite : gros pyosalpinx fermé. Ablation des annexes.

A gauche : la trompe est perméable, elle présente à sa partie moyenne une tumeur violacée, grosse comme une noisette. C'est manifestement un hématome. Incision transversale sur la tumeur, on trouve un point de clivage (probablement sous-muqueux). Résection de la trompe et suture bout à bout, par un surjet avec fils pour suture vasculaire. Suture transversale de la couche musculo-séreuse.

Fermeture sans drainage.

Suites opératoires normales.

La malade sort le 15 avril 1930.

Radio utérine, le 3 février 1931 : Utérus normal. Trompe droite injectée. Pas de lipiodol dans le péritoine.

Revue, le 24 mars 1931 : Règles normales non douloureuses. Très bien portante.

Examen : Rien d'anormal.

OBSERVATION XIX

Conservation de l'utérus et des annexes droites après libération. Fixation. Mauvais résultat.

Mademoiselle Val..., Suzannè, 21 ans.

Entre dans le service, le 14 mai 1928, pour de légères douleurs pelviennes et des pertes blanches.

Début : Six mois.

Antécédents : Rien à signaler.

Actuellement : Douleurs pelviennes, pertes blanches, brûlures à la miction.

Examen : Utérus en rétroversion. Salpingite bilatérale, trompe gauche volumineuse.

Après préparation, opérée le 17 mai 1928.

Pfannestiel.

A droite : trompe avec pavillon libre, mais nodule isthmique oblitérant. On n'y touche pas.

A gauche : Annexes kystiques. Ablation.

Doleris.

Suites opératoires normales.

La malade sort du service, le 3 juin 1928.

Entre de nouveau, dans le service, le 15 janvier 1931, parce amaigrissement et manque d'appétit depuis quelque temps.

Examen : grosse masse du côté droit non douloureuse. Pas de température.

Opérée le 31 janvier 1931 : Kyste de l'ovaire du côté restant.

Hystérectomie totale avec drainage vaginal.

Suites opératoires : Le 7 février, léger écoulement soro-sanguin à l'extrémité gauche et au milieu de la plaie. Le 18, légère hématome de la paroi. Sort en très bon état, le 22 février.

OBSERVATION XX

Conservation totale après libération et débouchage de la trompe gauche et salpingostomie de la trompe droite. Fixation. Résultat médiocre.

Madame Par., Rose, 25 ans.

Entre dans le service, le 28 septembre 1929, pour douleurs pelviennes et pertes blanches.

Début, il y a six mois.

Antécédents : deux accouchements, l'un, il y a cinq ans; l'autre, il y a trois ans et demi; suites normales. Douleurs et pertes blanches depuis six mois.

Actuellement : douleurs pelviennes et pertes blanches.

Examen : Col dur et irrégulier. Utérus en rétroversion adhérente.

Après préparation, opérée le 11 octobre 1929.

Laparotomie médiane. Rétroversion adhérente, adhérences gonococciques anciennes probables. Libération des annexes, les trompes sont cachetées.

A gauche : l'orifice de la trompe est retrouvé et peut être cathétérisé avec un stylet, qui libère quelques adhérences. Débouchage de la trompe.

A droite : Libération de la trompe et salpingostomie.

Hystéropexie isthmique aux fils de soie.

Suites opératoires normales.

La malade sort du service, le 29 octobre 1929.

Revue, le 16 décembre 1929 : Bon état général.

Etat local : A gauche, cul-de-sac complètement libre; à droite, petite tuméfaction inflammatoire correspondant aux annexes,

OBSERVATION XXI

Conservation de l'utérus et des annexes droites après libération et salpingostomie. Fixation. Bon résultat.

Mademoiselle Nan..., Florentine, 32 ans.

Entre dans le service, le 2 août 1929, pour douleurs pelviennes.

Début : il y a six mois.

Antécédents : En 1917, accouchement normal. En 1919, chancre à l'anus. Wassermann positif; deux mois de traitement seulement. En 1923, une fausse couche. En février 1929, deuxième fausse couche; depuis, douleurs violentes survenant par crises d'une durée de quinze à vingt jours. Entre les crises, douleurs pelviennes moins accentuées.

Actuellement : douleurs pelviennes, pas de température.

Examen : Utérus en rétroversion. Grosse tumeur molle du côté gauche; peu de chose du côté droit.

Après préparation, opérée le 5 septembre 1929.

Laparotomie médiane. Utérus en rétroversion.

A gauche : gros hydrosalpinx. Ablation de ses annexes.

A droite : Salpingite ancienne avec trompe oblitérée au niveau du pavillon. Libération et salpingostomie.

Hystéropexie isthmique au fil de soie.

Suites opératoires normales.

La malade sort du service le 12 octobre 1929.

Radiographie utérine, le 2 mai 1930 : Utérus normal.

Trompes non injectées. Pas de lipiodol dans le péritoine.

Revue, le 19 janvier 1931 : Très bon état général, la malade ne souffre pas et travaille depuis longtemps.

Examen local : Rien d'anormal.

OBSERVATION XXII

Conservation de l'utérus et des annexes gauches après libération et salpingostomie. Fixation. Résultat bon.

Madame Sa..., Odette, 25 ans.

Entre dans le service, le 6 septembre 1929, pour des douleurs pelviennes et pertes blanches.

Début : Avril 1929.

Antécédents : gono probable. En avril, crise d'une durée de douze jours, soignée par trois injections de propidon. La malade reprit son existence normale; le 29 août, deuxième crise, douleurs moins fortes que la première.

Actuellement : douleurs pelviennes plus accentuées à gauche.

Examen : Utérus en rétroversion. Salpingite bilatérale, plus accentuée à gauche.

Après préparation, opérée le 10 octobre 1929.

Incision médiane. Rétroversion adhérente avec salpingite bilatérale.

A droite : annexes très malades; ablation.

A gauche : Trompe oblitérée. Salpingostomie en ménageant la frange. On est obligé de remonter très haut pour inciser un rétrécissement fibreux, au-delà duquel la trompe paraît perméable.

Hystéropexie isthmique.

Suites opératoires normales.

La malade sort du service le 5 novembre 1929.

Revue, le 23 octobre 1930 : Très bon état général, la malade ne souffre pas.

Examen : Rien à signaler.

Radio utérine, le 25 octobre : Utérus normal. La trompe gauche est distendue par le lipiodol, qui ne passe pas.

OBSERVATION XXIII

*Conservation totale après libération d'adhérences. Fixation.
Bon résultat.*

Madame Rod..., Pricila, 21 ans.

Entre dans le service, le 25 octobre 1929, pour des douleurs pelviennes et lombaires.

Début : il y a huit mois.

Antécédents : Règles normales, douleurs pelviennes et lombaires depuis huit mois, plus marquées pendant les règles que dans leur intervalle. Peu de pertes blanches.

Actuellement : Douleurs pelviennes et lombaires, plus marquées à droite.

Examen : Utérus en rétroversion, culs-de-sac douloureux, pas de masses annexielles, col un peu allongé et légèrement entr'ouvert.

Après préparation, opérée le 9 novembre 1929.

Laparotomie médiane. Rétroversion adhérente avec trompes fixées par des adhérences glutineuses. Les trompes sont recroquevillées sur elles-mêmes, surtout du côté gauche où le pavillon est en contact avec l'angle du corps de l'utérus.

Après libération des trompes, on constate que l'ostium abdominal est perméable, mais il existe deux noyaux indurés au niveau de la portion interstitielle des trompes.

Hystéropexie isthmique au fil de soie.

Suites opératoires normales.

La malade sort du service, le 29 novembre 1929.

Le 18 mars 1930 : Radiographie utérine : Cavité utérine normales; cornes utérines arrondies. Pas de lipiodol dans les trompes, ni dans le péritoine. Les trompes paraissent obstruées au niveau de l'orifice utérin.

Revue, le 1^{er} septembre 1930 : Retard de règles de deux mois. Utérus petit, rien aux annexes.

Revue, le 16 janvier 1931 : Très bien réglée, ne souffre pas du tout. Excellent état général.

Examen local : Rien à signaler.

OBSERVATION XXIV

Conservation totale après résection bilatérale des ovaires et salpingostomie de la trompe droite. Fixation. Bon résultat.

Madame Boi..., Marie, 29 ans.

Entre dans le service, le 11 février 1929, pour des douleurs pelviennes et pertes blanches,

Début : il y a un an.

Antécédents : Pertes blanches depuis cinq ans, mais, depuis un an, elles sont devenues plus abondantes, épaisses, jaunâtres, fétides, tachant le linge. Depuis un an aussi, douleurs pelviennes très violentes, survenant par crises qui durent trois ou quatre jours et se répètent trois ou quatre fois par mois.

Actuellement : Douleurs, pertes blanches.

Examen : Au spéculum, métrite du col.

Au toucher : Gros utérus en rétroversion fixe.

Salpingite bilatérale, plus marquée à gauche.

Traitement de la métrite par vaccination locale au propidon.

Le 13, un cm³, grand frisson, température 39°, pertes rouges.

Le 15, deux cm³, grand frisson, température 40°.

Le 18, deux cm³, grand frisson, température 39°8.

Le 20, deux cm³, grand frisson, température 39°2.

Après préparation, opérée le 28 février 1929.

Pfannestiel. Utérus gros et succulent, en rétroversion complète.

A gauche : kyste de l'ovaire, gros comme un œuf, avec des petits kystes multiples. Résection presque totale de cet ovaire, surjet au catgut. La trompe est perméable, bien que l'orifice soit cicatriciel et comme rétréci par un point en bourse.

A droite : Ovaire microkystique. Résection partielle, suture au catgut. La trompe est distendue, à paroi mince avec pavillon oblitéré. Salpingostomie, en conservant la frange et en réséquant un fragment latéral de la trompe.

Hystéropexie avec deux fils de soie.

Suites opératoires normales.

La malade sort le 15 mars 1929, en bon état.

Revue, le 21 janvier 1931 : Très bon état général. Règles normales pendant quatre ou cinq jours, un peu douloureuses depuis deux mois.

Examen : Utérus normal, en bonne position, un peu sensible. Les annexes sont normales, légère sensibilité de l'ovaire droit (volume d'une noix).

OBSERVATION XXV

Conservation de l'utérus et des annexes droites après salpingostomie. Fixation. Appendicectomie. Mauvais résultat fonctionnel.

Madame Abr..., Georgette, 21 ans.

Entre dans le service, le 3 février 1927, pour douleurs pelviennes.

Début, il y a un an.

Antécédents : Douleurs pelviennes et menorrhagies consécutives à une fausse couche, il y a un an.

Actuellement : douleurs pelviennes.

Examen : Rétroversion adhérente ; salpingite bilatérale

Après préparation, opérée le 8 février 1927.

Laparotomie médiane. Grosses adhérences filamenteuses aux intestins, épiploon, etc. Libération des adhérences.

A gauche : Ablation des annexes qui présentent un abcès volumineux.

A droite : Salpingostomie avec surjet sur la tranche.

Appendicectomie.

Doleris.

Suites opératoires normales.

La malade sort du service le 3 mars 1927, en très bon état.

Radio de contrôle, le 2 mars 1927 : Petit utérus normal, trompe droite injectée sur tout le trajet. Pas de lipiodol dans le péritoine.

OBSERVATION XXVI

Conservation totale, après libération des trompes et salpingostomie bilatérale. Salpingopexie. Fixation. Bon résultat.

Mademoiselle Sta..., Caroline, 34 ans.

Entre dans le service, le 25 juin 1927, pour des douleurs pelviennes violentes.

Début, il y a un an.

Antécédents : Accouchement, il y a onze ans. Douleurs pelviennes et règles très douloureuses depuis un an. Pertes blanches abondantes.

Actuellement : Fortes douleurs pelviennes. Température 38°7.

Examen : Pelvipéritonite.

Après préparation, opérée le 26 juillet 1927.

Laparotomie médiane. Annexes adhérentes ; péritoine très rouge. Libération des trompes et salpingostomie bilatérale.

Fixation des trompes au rebord du bassin.

Doleris.

Suites opératoires normales.

La malade sort du service, le 17 août 1927.

Radio utérine, le 26 septembre 1927 : Trompe gauche légèrement perméable, rien à la trompe droite.

Revue, le 23 novembre 1927 : Se plaint de quelques douleurs surtout du côté gauche.

Toucher vaginal : Utérus en bonne position. Culs-de-sac souples laissant percevoir des annexes légèrement augmentées de volume.

OBSERVATION XXVII

*Conservation totale après libération bilatérale des trompes.
Hystéropexie isthmique. Très bon résultat.*

Mademoiselle Mas., Georgette, 21 ans.

Entre dans le service, le 9 novembre 1928, pour douleurs pelviennes et ménorragies.

Début : Depuis un an et demi.

Antécédents : douleurs pelviennes surtout marquées à droite, donnant à la malade l'impression de coups de couteau.

Actuellement : douleurs, fatigue générale, ménorragies, maux de tête, amaigrissement (3 kilos en trois mois) .

Examen : Utérus petit en rétroversion. Salpingite droite.

Après préparation, opérée le 27 novembre 1928.

Pfannestiel. Utérus infantile en rétroversion. Ovaires normaux. Les trompes sont oblitérées, mais tout processus inflammatoire paraît éteint.

A droite : libération d'un demi-segment de la trompe. Surjet au fil de lin sur la tranche.

A gauche : libération plus étendue avec surjet presque circulaire.

Hystéropexie isthmique.

Suites opératoires normales. Léger hématome de la paroi, sans suppuration.

Sort du service, le 5 janvier 1929, en très bon état.

Radio utérine, le 12 décembre 1928 : Le lipiodol passe nettement à gauche et non à droite.

OBSERVATION XXVIII

Conservation totale après libération des annexes et ouverture et résection du pavillon de la trompe droite. Fixation. Bon résultat.

Mademoiselle Leg., Lucienne, 23 ans.

Entre dans le service, le 31 décembre 1928, pour douleurs pelviennes.

Début : il y a cinq ans.

Antécédents : Crise de salpingite, soignée médicalement en 1923. Hospitalisée à plusieurs reprises pour métrite du corps utérin et douleurs pelviennes.

Actuellement : Douleurs pelviennes, douleurs à la miction, polakyurie, pertes blanches.

Examen : Rétroversion, salpingite bilatérale plus marquée à gauche.

Après préparation, opérée le 15 janvier 1929.

Pfannestiel. Rétroversion, adhérences du colon pelvien sur la corne utérine gauche. Section des adhérences.

A gauche : Libération de la trompe, qui est perméable.

A droite : Ouverture et résection du pavillon de la trompe.

Greffes épiploïques sur la corne gauche. Interposition sans fixation du grand épiploon entre la masse intestinale et l'utérus.

Hystéropexie isthmique.

Suites opératoires normales.

La malade sort du service, le 6 février 1929.

Revue, le 27 février 1931 : Très bon état général, la malade n'est pas gênée pour travailler depuis son opération.

Examen local : Rien à signaler.

OBSERVATION XXIX

Conservation de l'utérus et des annexes gauches après libération du pavillon de la trompe. Fixation. Résultat mauvais,

Mademoiselle Rom..., Andrée, 29 ans.

Entre dans le service, le 17 novembre 1930, pour des fortes douleurs pelviennes.

Début : il y a huit ans.

Antécédents : Salpingite, il y a huit ans; depuis douleurs pelviennes, survenant par crises et pertes blanches abondantes.

Actuellement : douleurs pelviennes. Température, 37°6.

Examen : Utérus en rétroversion. Salpingite bilatérale.

Après préparation, opérée le 29 novembre 1930.

Pfannestiel. Salpingite ancienne avec oblitération des trompes.

A droite : Ablation des annexes.

A gauche : Libération du pavillon de la trompe. Petit surjet au fil de lin. (La trompe a une paroi flasque et contenait du sang).

Hystéropexie isthmique.

Suites opératoires normales.

La malade sort du service, le 21 décembre 1930.

Revient, le 14 mars 1931 : avec une grosse collection purulente du Douglas. Après vaccination, colpotomie. Suites normales.

La malade sort du service, le 18 avril 1931.

OBSERVATION XXX

*Conservation totale après libération bilatérale des annexes.
Résection et salpingostomie de la trompe gauche. Fixation.
Décès à la suite d'un abcès du poumon.*

Madame Ber..., Fernande, 34 ans.

Entre dans le service, le 12 juin 1928, pour des douleurs pelviennes, ménorragies et métrorragies.

Début : Douze ans auparavant, étiqueté à l'hôpital Necker : salpingite bilatérale, et pour laquelle elle reste hospitalisée quatre mois.

Antécédents : Accouchement, il y a quatorze ans.

Actuellement : Douleurs pelviennes qui semblent s'être accentuées depuis deux ans et demi et devenues très violentes; de plus, ménorragies et métrorragies abondantes avec caillots. Amaigrissement notable. La malade pèse 44 kilos.

Examen : Utérus en rétroversion complète. Salpingite bilatérale, plus marquée à droite. Toucher extrêmement douloureux..

Après préparation, opérée le 26 juin 1928.

Pfannestiel. Salpingite double ancienne, très adhérente. Libération des annexes au bistouri. Pas d'hémorragie notable.

A gauche : Trompe fermée au niveau du pavillon, contenant du liquide hématique. Pas de nodules de la portion isthmique. Résection de l'extrémité tubaire, salpingostomie avec surjet au fil de lin à suture vasculaire.

A droite : pavillon perméable, mais deux nodules au niveau de la portion isthmique (on n'y touche pas). Bonne hémostase.

Fixation de l'utérus à la paroi antérieure par deux fils de soie attachés au niveau de l'insertion utérine du ligament rond.

L'épiploon descend bien dans le Douglas, en arrière des trompes.

Fermeture sans drainage

Suites opératoires : Le deuxième jour, point de côté dans le côté droit, en avant et en arrière. La température monte à $39^{\circ}4$ et continue en faisant de grandes oscillations. Persistance des points de côté et dyspnée.

Le dixième jour, pendant une crise d'asphyxie; vomique fractionnée pendant une demi-heure. Crachats jaunâtres et fétides. Soulagement ensuite.

Le douzième jour, deuxième vomique.

Le treizième jour, troisième vomique.

Le quinzième jour, quatrième vomique.

Fièvre hectique avec oscillations entre $37^{\circ}5$ et 40° .

Passage en médecine, le vingt-deuxième jour. La malade meurt quelques jours après.

TABLEAU DES OBSERVATIONS
ÉTABLI SUIVANT
LA PRÉCOCITÉ DE L'INTERVENTION
INTERVENTIONS DE 1 A 3 MOIS APRÈS LE DÉBUT CLINIQUE
14 Cas.

NATURE DE L'INTERVENTION	RÉSULTAT FONCTIONNEL	ÉTAT GÉNÉRAL DES MALADES REVUES
1. — Libération d'adhérences, salpingopexie bilatérale	Non contrôlé	Très bon état.
2. — Libération bilatérale	Fausse couche provoquée.	Très bon état.
3. — Libération et salpingostomie bilatérale	Lipiodol positif des deux côtés.	Très bon état.
4. — Libération et salpingostomie. Castration de l'autre côté	Non contrôlé	Très bon état.
5. — Libération et salpingostomie. Castration de l'autre côté	Non contrôlé	Hystérectomie, un an après.
6. — Libération bilatérale. Myomectomie	Lipiodol positif à G. Grossesse en évolution.	Très bon état.
7. — Libération. Castration unilatérale	Grossesse avec accouchement à terme et fausse couche provoquée.	Très bon état.
8. — Libération et salpingostomie. Castration de l'autre côté	Non contrôlé	Très bon état.
9. — Libération bilatérale. Salpingostomie à droite	Lipiodol positif des deux côtés.	Très bon état.
10. — Libération bilatérale. Salpingostomie à droite	Lipiodol positif à G.	Bon état.
11. — Libération. Castration unilatérale	Lipiodol positif.	Très bon état.
12. — Libération et salpingostomie. Salpinxectomie de la trompe droite	Lipiodol positif. Grossesse en évolution.	Très bon état.
13. — Libération. Castration unilatérale	Lipiodol positif.	Très bon état.
14. — Libération d'adhérences salpingopexie bilatérale ..	Grossesse avec accouchement à terme	Très bon état.

INTERVENTIONS APRÈS 3 MOIS D'ÉVOLUTION

16 Cas.

15. — Libération et salpingos- tomie bilatérale	Lipiodol positif des deux côtés.	Très bon état.
16. — Libération. Castration unilatérale	Lipiodol négatif.	Très bon état.
17. — Libération et salpingos- tomie bilatérale	Lipiodol négatif.	Très bon état.
18. — Résection de la trompe et suture bout à bout. Cas- tration unilatérale	Lipiodol négatif.	Très bon état.
19. — Libération. Castration unilatérale	Non contrôlé	Hystérectomie deux ans 1/2 après.
20. — Libération bilatérale. Salpingostomie à droite	Non contrôlé	Petite tuméfaction à droite. Bon état.
21. — Libération et salpingos- tomie. Castration de l'autre côté	Lipiodol négatif.	Très bon état.
22. — Libération et salpingos- tomie. Castration de l'autre côté	Lipiodol négatif.	Très bon état.
23. — Libération bilatérale ..	Lipiodol négatif.	Très bon état.
24. — Libération bilatérale. Salpingostomie à droite	Non contrôlé	Très bon état.
25. — Libération et salpingos- tomie. Castration de l'autre côté	Lipiodol négatif.	Bon état.
26. — Libération et salpingos- tomie bilatérale	Lipiodol positif à G.	Bon état.
27. — Libération bilatérale....	Lipiodol positif à G.	Très bon état.
28. — Libération bilatérale. Salpingostomie à droite	Non contrôlé	Très bon état.
29. — Libération. Castration unilatérale	Non contrôlé	Colpotomie 3 mois après.
30. — Libération bilatérale. Salpingostomie à gauche....	Non contrôlé	Décès un mois après d'abcès du poumon.

Les opérations pratiquées sont :

1° Libération bilatérale : Observations N^{os} 1, 2, 6, 14,
23, 27.

2° Libération d'un côté, castration de l'autre : Observations N^{os} 7, 11, 13, 16, 19, 29.

3° Libération d'un côté, salpingostomie de l'autre : Observations N^{os} 9, 10, 20, 24, 28, 30.

4° Libération et salpingostomie bilatérale : Observations N^{os} 3, 15, 17, 26.

5° Libération et salpingostomie d'un côté, castration de l'autre : Observations N^{os} 4, 5, 8, 12, 21, 22, 25.

6 Résection de la trompe et autre bout à bout, castration de l'autre côté : Observation N^o 18.

Etant donné le petit nombre des cas pour chacune des interventions il nous est impossible de donner un pourcentage des succès pour chacune d'elles.

Nous opposerons les résultats obtenus en deux groupes :

1° *Interventions dans les 3 mois qui suivent le début clinique :*

14 cas : 1 échec, hystérectomie un an après pour salpingite du côté restant.

5 grossesses : Une terminée par fausse couche provoquée intempestivement. Observ. N^o 2.

Une grossesse en évolution normale, deux mois et demi environ Observ. N^o 6.

Une grossesse normale avec accouchement d'un enfant à terme; suivie d'une deuxième grossesse terminée par fausse couche provoquée par la malade. Observ. N^o 7.

Une grossesse en évolution normale, deux mois et demi environ. Observ. N^o 12.

Une grossesse normale avec accouchement d'une fillette à terme. Observ. N^o 14.

5 contrôlées par injection liopodolée toutes positives.

3 malades non contrôlées par une raison indépendante de notre volonté.

Résultats : 1 échec.

10 succès, donc plus de 90 % de succès, avec 5 grossesses.

2° *Interventions plus de 3 mois après le début clinique :*

16 cas : 1 décès par abcès du poumon 1 mois après. Observation N° 30.

2 échecs : Une colpotomie 3 mois après. Observation N° 29.

Une hystérectomie deux ans et demi après pour annexes kystiques du côté restant. Observation N° 19.

10 malades contrôlées par injection lipiodolée :

3 résultats positifs.

7 résultats négatifs.

3 malades non contrôlées.

Aucune grossesse.

Résultats : 2 échecs.

7 contrôles négatifs.

3 succès, donc 25 % de succès, aucune grossesse.

Au point de vue de l'état général des malades :

Dans le premier groupe : 1 échec.

12 succès.

Dans le deuxième groupe : 2 échecs.

1 résultat médiocre.

12 succès.

CONCLUSIONS

1° Chez les femmes jeunes, le traitement des salpingites bilatérales oblitérées doit être conservateur. Ce traitement aura un double but : guérir les lésions inflammatoires et rétablir la perméabilité des trompes.

2° La doctrine actuellement admise est la suivante :

* Guérir d'abord les lésions inflammatoires par un traitement médical prolongé.

* Intervenir le plus tard possible pour essayer de rétablir la perméabilité tubaire dans les cas où celle-ci paraît supprimée.

3° Faites dans ces conditions la chirurgie restauratrice des trompes est difficile à exécuter et donne des résultats médiocres.

Les adhérences très serrées sont difficiles à libérer. Les trompes ainsi dégagées sont souvent déchiquetées, dépéritonisées, et il se produit au niveau des surfaces adhérentes un suintement hémorragique difficile à tarir. Enfin le pavillon de la trompe est parfois complètement oblitéré.

Dans ces conditions les adhérences et les oblitérations de la trompe ont une tendance invincible à se reproduire après l'intervention.

Même dans les cas favorables où l'on a pu rétablir la perméabilité des trompes, la fonction physiologique de celles-

ci risque d'être supprimée par suite des lésions de la muqueuse ou de l'atrophie de la tunique musculaire qu'on observe en général dans ces salpingites anciennes.

A l'heure actuelle l'exploration de la perméabilité tubaire après injection de lipiodol, permet d'apprécier dans une grande mesure le résultat des opérations faites chez des femmes dont la plupart ne désirent pas de grossesses.

C'est ainsi que sur 16 observations de malades opérées plus de 3 mois après la première crise de salpingite on a obtenu 25 % de succès : trompes perméables après injection de lipiodol mais aucune grossesse.

4° Les résultats médiocres de ces opérations tardives justifient les tentatives d'opérations précoces dont nous apportons les résultats.

Dans les observations de ce genre, la guérison clinique a été obtenue par un traitement préalable dans lequel la vaccination au propidon a joué le rôle prépondérant.

Si à la suite de la disparition des accidents inflammatoires, (température, douleurs, etc...) il persiste une rétroversion utérine adhérente avec prolapsus des trompes dans le cul-de-sac de Douglas, il y a tout lieu de craindre que les trompes emprisonnées dans les adhérences ne puissent plus recouvrer spontanément leur perméabilité.

L'opération précoce (1 à 3 mois après le début clinique des accidents) a les avantages suivants :

a) On opère chez des sujets qui sont guéris de leurs accidents inflammatoires : si on rencontre quelquefois des collections purulentes, l'examen bactériologique montre que le pus est amicrobien.

Les opérations restauratrices faites dans ces conditions n'ont aucune conséquence grave, pas de mortalité, pas d'accidents post-opératoires bien que les malades aient toujours été refermées sans drainage.

b) Les adhérences des trompes sont faciles à libérer : leur revêtement péritonéal n'est pas traumatisé et il ne se produit pas d'hémorragie.

c) Les pavillons tubaires une fois dégagés des adhérences qui en agglutinaient les franges sont en général perméables.

d) Il suffit de fixer l'utérus en position ventrale pour éviter la chute des annexes dans le Douglas et la reproduction des adhérences. Le meilleur procédé de fixation est l'hystéropexie isthmique; pour éviter toute critique de la part des accoucheurs, il suffit de faire une hystéropexie temporaire maintenue pendant 15 jours.

c) A la suite des interventions ainsi conduites, les trompes conservant la perméabilité récupérée à la suite de l'opération.

En effet, sur 10 malades chez qui on a pu faire un contrôle ultérieur au point de vue de la perméabilité tubaire, nous avons relevé 10 succès : 5 cas de grossesse (dont 2 cas avaient été reconnus auparavant comme perméables au lipiodol), 5 cas avec trompes perméables au lipiodol.

5° Les interventions précoces ne comportent aucune gravité et raccourcissent de beaucoup la durée du traitement médical.

Elles sont d'autant mieux acceptées par les malades qu'une incision transversale sus-pubienne donne une paroi solide et un résultat esthétique parfait.

VU : *Le Doyen,*

BALTHAZARD.

VU : *Le Président de Thèse*

DELBET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

Il nous est impossible de faire une bibliographie complète : nous ne signalerons ici que les travaux les plus importants et ceux auxquels il est fait allusion dans notre travail.

ALDRIDGE (New-York). — Insufflation de l'utérus et des trompes de FALLQPE par la méthode de RUBIN. Statistique de 600 cas. (*Am. J. Obst. and Gyn.*, Vol. VI, N° 1, Juillet 1923).

ARMAND. — Le traitement conservateur dans les salpingo-ovarites (*Th. Lyon*, 1911).

AYROLLES. — La salpingo-ovaro-syndèse. (*Th. Paris*, Mars 1899).

BECLÈRE C. — Exploration radiologique en Gynécologie, technique, résultats (Masson et Cie, Editeurs, 1928).

BONTEMPS. — Les adénomyomes de la trompe utérine. (*Th. Paris*, Déc. 1919).

W. BOURNE et V. BONNEY. — Discussion on the treatment of acute salpingitis, *British méd. Journ.*, 8 Sept. 1923, p. 399).

P. BROcq. — Vaccinothérapie dans les salpingites. (*J. de Méd. et de Chir. pratiques*, 1924).

CHAVIN. — Traitement des salpingo-ovarites par la laparotomie. (*Th. Paris*, 1896).

CHARKOFF. — Traitement chirurgical des annexites. (V. Congrès de la Société Russe de Gynécologie et Obs., Déc 1913).

- R. CONDAMIN. — Considérations générales sur le traitement conservateur de certaines salpingites. (Lyon, 3 Juillet 1927).
- CONVERT. — Résultat des salpingostomies. (*Th. Lyon*, 1914).
- COTTE et CREYSSEL. — Vaccinothérapie dans les salpingites. (*Lyon Chirurgical*, 1922).
- CURTIS. — Problems concernny infections of cervix, body of uterrus and fallopian Tubes (*Journal of the Amer. med. Association*, 20 Janv. 1923, Volj LXXX, N° 3, p. 161).
- C. DANIEL. — Anatomie pathologique des trompes. (*Acad. de Médecine*, 20 Octobre 1925).
- C. DANIEL. — Etude sur la trompe interstitielle (*Gyn. et Obst.* T. XIII, N° 1, 1926, p. 1, et N° 2, p. 81).
- P. DELBET. — Vaccinothérapie dans les annexites. (*Soc. de Chirurgie*, 1920).
- DOUAY. — Stérilité d'origine tubaire. (*Gyn. et Obst.*, 1925, p. 80).
- DOUAY. — La stérilité tubaire. (Rapport au V° Congrès de *Gyn. et Obst. de la langue française*, Lyon, 29 Sept. 1927; in *Gyn. et Obst.*, T. XVI, N° 2, 1927, p. 126).
- EHRENFEST. — Conservative tendancions in gynecol. therapy. (*J. Missouri, Med. Ass. St. Louis*, 1921, XVIII, p. 226).
- W. ESTES. — Implantation de l'ovaire dans l'utérus. (*Surgery. Gyn. and Obst.*, Mai 1925).
- J.-L. FAURE et SIREDEY. — Traité de Gynécologie (1928).
- FLAKE HALTZ. — Des résultats du traitement conservateur et du traitement opératoire dans la phase chronique des salpingo-ovarites (*Progrès Méd.*, 1925).

FOLKE-HOLTZ (Stockholm). — Des résultats du traitement conservateur et du traitement opératoire dans les salpingo-ovarites chroniques. (*Acta Gynécologia Scandinava*, 1926, T. IV, et in *Progrès Médical*, Sept. 1925).

FORGUE et MASSABUAU. — Traité de Gynécologie (1927).

FORGUE et GRYNFELDT. — Contribution à l'étude de l'oblitération de l'orifice abdominal de trompes dans les salpingites. (*Bull. Acad. de Méd.*, 3^e série, T. XC, N^o 33, 9 Octobre 1923, p. 156).

FUNCK-BRENTANO et PLAUCHU. — Traitement de la stérilité chez la femme. (XV^e Congrès de la Société Obst. de France, Paris, Octobre 1912).

FRIEDLANDER. — Sur le traitement conservateur en Gynécologie. (*Klin. therap. Wochenschrift*, Berlin, 1918).

GILES. — Conservation gynécolog. (*Brit. Med. London*, 1923, II, 459).

GOULLIoud. — Salpingolysis pour stérilité; grossesse consécutive (*Lyon Méd.*, 29 Mars 1914, T. CXXII, N^o 13, p. 685).

GRÉGOIRE. — La radiologie utéro-annexielle. (*Ann. de Gyn.*, 1908, p. 65).

HARTMANN. — L'implantation de l'ovaire dans l'utérus. (*Gyn. et Obst.*, 1925, T. XI, N^o 1, p. 38).

JACK. — Conservative surgery of the Fallopian Tubes (New-York State J., 1917, XVII, p. 443).

JACQUEMAIRE. — Les opérations conservatrices dans les salpingites bilatérales. (*Le journal de Méd. de Paris*, N^o 28, p. 559, 11 Juill. 1928).

- JAYLE et COHN. — Des nodosités des cornes utérines. (*Rev. de Gyn.*, 1901).
- KENNEDY. — Radiography of the Fallopian Tubes. (*Amer. journal of Obst. and Gyn.*, 1923, T. vi, p. 12).
- KONARJEWSKI. — Etude sur l'insufflation tubaire. (*Wars. Czas. Lek.*, 1926).
- LABRY. — Des opérations conservatrices dans les annexites bilatérales. (*Th. Lyon*, 1926).
- MACHENAUD. — De quelques traitements conservateurs des salpingites et péri-méthro-salpingites. (*Impr. de la Fac. de Méd.*, Jouve et Cie, Edit., Paris, 1929).
- MOCQUOT et GÉRARD-MARCHANT. — Vaccinothérapie dans les salpingites. (*Bull. général de thérapeutique*, T. CLXXV, N° 4, Avril 1924).
- MORICE. — Le traitement de certains pyosalpinx par la salpingostomie. (*Th. Paris*, 1924).
- NOVAK. — Implantation de la trompe dans l'utérus. (*Zentralb. f. Gyn.*, 1924).
- OASTLER. — Résultats des opérations conservatrices (New-York, Obstetr. Soc. en *Amer. Journal of Obst. and Diseases of women and Childr.*, Vol. LXXXIV, Sept. 1916, N° 3, p. 487).
- OUANSKY (Mlle). — L'examen radiologique de l'utérus et des trompes. (*Th. Paris*, 1926).
- OUANSKY (Mlle). — 140 examens radiologiques utéro-tubaires après injection de lipiodol (*Semaine des Hôp. de Paris*, N° 11, 1930).

- PATEL. — Abcès froid tubaire (*Soc. Chir. Lyon*, 1920).
- PHILLIPS (Léonard). — La valeur conceptionnelle des trompes reconstruites (*British med. Assoc.; British med. Journ.*, N° 3271, p. 402, 1923).
- PLOEGER. — Sur l'histologie des infections inflammatoires de la trompe, en particulier de la salp.-gonorrhéïque (*Rchiv. für Gyn.* Bd. xcv, 1912).
- A. PROBSTNER. — La chirurgie des annexites (*Zentralblatt für Gyn.*, 1922, T. XLVI, N° 7, p. 267).
- REYMOND. — Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique et de la bactériologie des salpingo-ovarites (*Th. Paris*, 1894-95, N° 203).
- DE ROUVILLE et MOCQUOT. — Les opérations conservatrices dans les lésions inflammatoires des annexes (Rapport au XXXV^e Congrès de Chirurgie, 9 Oct. 1926).
- SOBRE-CASAS. — Salpinxectomie conservatrice (*Gyn. Chir. Géniosta.*, 1925).
- TUFFIER et BOUR. — Résultats des greffes ovariennes (*Presse Médicale*, 12 Août 1925, N° 64).
- VIDAL. — Salpingoplastie (*Revue de Chir.*, en 1900).
- VOY DE BOVIS. — Rôle du gonocoque dans l'étiologie des pyosalpinx (*Semaine Médicale*, 1912).
-

Gournay-en-Brag. — Imp. A. Letresor.
